

3 1761 12061500 0



Digitized by the Internet Archive
in 2024 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761120615000>

CA1
YC26
-551

Government
Publications



75

First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

Première session de la
trente-septième législature, 2001-2002

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Thursday, May 30, 2002

Le jeudi 30 mai 2002

Issue No. 58

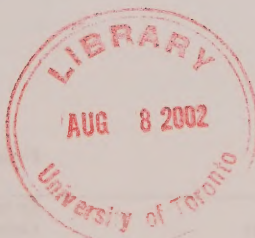
Fascicule n° 58

Fifty-fifth meeting on:
The state of the health care system in Canada

Cinquante-cinquième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, P.C.	(or Kinsella)
(or Robichaud, P.C.)	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche
Keon	Stollery

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Change in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Stollery substituted for that of the Honourable Senator Cook (*May 30, 2002*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, c.p.	(ou Kinsella)
(ou Robichaud, c.p.)	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche
Keon	Stollery

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modification de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Stollery substitué à celui de l'honorable sénateur Cook (*le 30 mai 2002*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Thursday, May 30, 2002
(69)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in room 705, Victoria Building, at 11:02 a.m., the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cordy, Fairbairn, P.C., Keon, LeBreton, Morin, Pépin and Stollery (8).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 2.*)

WITNESSES:

From McMaster University — Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA):

Dr. Brian Hutchison, Director.

From the University of Guelph:

Professor Brian Ferguson, Department of Economics.

The Deputy Chair made a statement.

Dr. Hutchison made a statement. Professor Ferguson made a statement. The witnesses answered questions.

At 12:40 p.m. the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le jeudi 30 mai 2002
(69)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 02, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Marjory LeBreton (*vice-présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, LeBreton, Morin, Pépin et Stollery (8).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 2 du comité.*)

TÉMOINS:

De l'Université McMaster — Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA):

Le Dr. Brian Hutchison, directeur.

De l'Université de Guelph:

M. Brian Ferguson, professeur, Département des sciences économiques.

La vice-présidente fait une déclaration.

M. Hutchison fait une déclaration. M. Ferguson fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 12 h 40, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, May 30, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:02 a.m. to examine the state of the health care system in Canada

Senator Marjory LeBreton (*Deputy Chairman*) in the Chair.

[English]

The Deputy Chairman: Honourable senators, our witnesses this morning are Dr. Brian Hutchison and Professor Brian Ferguson. Welcome, gentlemen. Thank you for appearing before our committee on this very important phase of our health care study.

Will you please proceed, Dr. Hutchinson?

Dr. Brian Hutchison, Director, Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University: Thank you for the invitation, Madam Chair. Along with my brief, I have brought along a copy of a paper published in the journal *Health Affairs*, which addresses in considerably more depth some of the issues in my brief and that I will be talking about in my oral presentation.

Past efforts to strengthen primary care in Canada can best be described as a torrent of talk and a trickle of action. The basic structure of primary care organization, funding and delivery, private, fee for service, solo and small-group practice, remains intact, despite repeated calls for radical change. Innovations have been at the margins of primary care rather than at its core. Many have been limited to small-scale pilot or demonstration projects and have not, so far at least, been permanently incorporated into the health care system. Others that have achieved permanence have been add-ons to the prevailing system of physician-centred fee-for-service primary care.

Progress in the development of primary care has been impeded by four major barriers to change. The first is disregard for the policy environment, leading to futile efforts to achieve big bang reforms and missed opportunities for cumulative incremental change. The second barrier is flawed processes for the development of primary care policy. The third is a preoccupation with the policy objective of cost control at the expense of other socially valued health system objectives. The fourth is a lack of public investment in primary care infrastructure. I will talk about each of these barriers briefly in turn.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 30 mai 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 02 pour étudier l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Marjory LeBreton (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

La vice-présidente: Honorables sénateurs, nos témoins ce matin sont le Dr Brian Hutchison et le professeur Brian Ferguson. Je vous souhaite la bienvenue, messieurs. Je vous remercie de bien vouloir témoigner devant notre comité dans le cadre de cette étape très importante de notre étude du système de soins de santé.

Vous avez la parole, docteur Hutchison.

Le Dr Brian Hutchison, directeur, Centre for Health Economics and Policy Analysis, université McMaster: Je vous remercie de m'avoir invité, madame la présidente. En plus de mon mémoire écrit, j'ai apporté un article publié dans le journal *Health Affairs*, dans lequel on examine de façon beaucoup plus détaillée certaines questions qui sont abordées dans mon mémoire et dont je vais traiter dans mon exposé oral.

Les efforts déployés dans le passé pour renforcer le secteur des soins primaires au Canada peuvent au mieux être décrits de la façon suivante: un torrent de paroles et un mince filet d'action. La structure de base pour l'organisation, le financement et la prestation des soins primaires, c'est-à-dire la pratique de la médecine privée, individuelle ou en petits groupes, avec rémunération selon la formule du paiement à l'acte, demeure intacte, en dépit d'appels répétés en faveur d'un changement radical. Les innovations ont touché la périphérie et non le noyau de base des soins primaires. Beaucoup de ces innovations ont pris la forme de projets pilotes de petite envergure et n'ont pas, du moins jusqu'à maintenant, été intégrées en permanence dans le système de soins de santé. D'autres changements qui sont devenus permanents n'ont été que des ajouts au système actuellement en place des soins primaires dispensés par des médecins rémunérés à l'acte.

Le progrès du système de soins primaires s'est buté à quatre grands obstacles au changement. Le premier est la tendance à ne pas tenir compte des programmes et de l'environnement en place, débouchant sur des efforts futiles de la part de ceux qui veulent faire table rase et tout recommencer, ratant du même coup des occasions d'apporter de petits changements cumulatifs. Le deuxième obstacle, c'est la faiblesse du processus d'élaboration des politiques en matière de soins primaires. Le troisième est que les décideurs sont obnubilés par l'objectif de contenir la hausse des coûts, au détriment d'autres objectifs socialement valables en matière de soins de santé. Le quatrième est le manque d'investissement public dans l'infrastructure pour la prestation des soins primaires. Je vais aborder brièvement tour à tour chacun de ces obstacles.

First, with regard to the policy environment, Canadian primary care has been, and continues to be, shaped and constrained by critical policy legacies and by the interacting effects on policy decision making of institutions, information and values. Among the most influential policy legacies are those created by the Saskatchewan Medical Care Insurance Act, 1961 and its federal counterpart, the Medical Care Act, 1966, which enshrined private fee-for-service practice as the dominant mode of practice organization and physician payment in Canada, and the Canada Health Act, 1984, which reinforced physician-centred care.

Flowing from the policy legacies of public payment for private medical practice and a health care system centred on physician and hospital services, physicians have been accorded a privileged position in health policy formation.

Discussions of innovations in primary care invariably take place in an evidentiary vacuum. Strong evidence is lacking to support the superiority of any one model of organizing, funding and delivering primary care, and of many suggested model components, including group practice, multidisciplinary practice and remuneration methods.

The absence of strong evidence to inform the development of primary care policy sets the stage for a cacophony of competing claims reflecting the concentrated, often economic, interests of stakeholders. Lack of evidence makes it difficult to persuade honest sceptics about the necessity for change and provides ammunition to those who resist it.

As usually proposed, primary care reform addresses issues of managerial effectiveness and efficiency, rather than core social values. Proposed primary care reforms may not address, and in some cases, such as patient rostering, triaging, and team-based approaches to care, may seem to compromise important public values.

Physician surveys indicate that capitation payment — a key feature of almost all primary care reform models — is an anathema to most primary care physicians. In the 1999 Canadian Medical Association physician survey, less than 1 per cent of general practitioners and family physicians identified capitation as their preferred method of payment. Anecdotal, many family physicians worry that team-based approaches to primary care will substantially alter their scope of practice and undermine the continuity and closeness of their

Premièrement, pour ce qui est de l'environnement et des programmes en place, les soins primaires au Canada ont été et continuent d'être conditionnés par un ensemble de principes et de politiques dont nous avons hérité et par les répercussions interdépendantes qu'exercent sur les grandes décisions les institutions, l'information et les valeurs. Parmi les plus influents de ces grands principes et programmes dont nous avons hérité se trouvent ceux qui ont été créés dans la foulée de la Loi sur l'assurance-maladie de la Saskatchewan, adoptée en 1961, et son pendant fédéral, la Loi sur l'assurance-maladie, qui date de 1966, lois qui ont établi la pratique médicale privée rémunérée à l'acte comme mode dominant d'organisation pratique et de rémunération de la profession médicale au Canada, et ensuite la Loi canadienne sur la santé, adoptée en 1984, qui a renforcé le système de santé axé sur les médecins.

Cet héritage du paiement public de médecins privés et d'un système de soins de santé axé sur les médecins et les hôpitaux a donné aux médecins une position privilégiée dans l'élaboration de la politique de la santé.

Les discussions sur d'éventuelles innovations dans le domaine des soins primaires prennent invariablement place dans une sorte de vide, dans la méconnaissance des faits. Nous n'avons pas les éléments de preuve voulus pour corroborer la supériorité d'un modèle quelconque par rapport à un autre pour ce qui est de l'organisation, du financement et de la prestation des soins primaires, et même à l'égard de nombreux éléments que l'on propose d'intégrer à ces modèles, notamment la pratique médicale en groupe, la pratique multidisciplinaire et diverses méthodes de rémunération.

L'absence d'une preuve solide qui permettrait d'éclairer l'élaboration de la politique en matière de soins primaires pave la voie à une cacophonie d'assertions conflictuelles reflétant les intérêts fortement concentrés et souvent économiques des intervenants. En l'absence des faits, il est difficile de convaincre les sceptiques légitimes de la nécessité du changement, et cette situation donne des munitions à ceux qui résistent au changement.

Les réformes que l'on propose habituellement dans le domaine des soins primaires mettent en cause des questions d'efficacité et d'efficience de la gestion, plutôt que les valeurs sociales de base. Les réformes proposées des soins primaires ne tiennent pas toujours compte d'importantes valeurs publiques et parfois même peuvent sembler aller à l'encontre de ces valeurs, par exemple pour ce qui est de l'inscription et du triage des patients et de l'organisation en équipe pour la prestation des soins.

Il ressort des enquêtes menées auprès des médecins que la rémunération par capitation, qui est un élément clé de presque tous les modèles proposés de réforme des soins primaires, est anathème pour la plupart des médecins qui dispensent des soins de première ligne. Dans le sondage effectué en 1999 par l'Association médicale canadienne, moins de 1 p. 100 des omnipraticiens et des médecins de famille ont dit que la capitation était leur méthode de paiement préférée. Beaucoup de médecins de famille craignent que l'organisation en équipe des

relationships with patients.

Seemingly oblivious to this complex and constraining policy-making environment, government task forces, commissions and policy-makers charged with strengthening primary care have almost always advocated big bang reforms — the universal, more or less simultaneous, implementation of an “ideal” model for primary care organization funding and deliver. This approach virtually guarantees widespread opposition from physicians, the currently dominant primary care providers. Most physicians can be counted upon to find at least one objectionable feature in any comprehensive model. What is most worrisome is that the pursuit of big bang change under unfavourable circumstances may not simply be futile, but may result in missed opportunities for cumulative incremental change.

Flawed processes for policy development is the second major barrier to primary care renewal. Provincial and territorial governments’ ministries of health have gravitated toward one of two contrasting approaches to the development and implementation of primary care policy, sometimes flip-flopping between the two.

The first approach is to leave physicians and other stakeholders out because they are resistant to change. The second approach is to negotiate primary care innovations with the provincial or territorial medical association.

The former approach has usually been achieved either by developing policy within the Ministry of Health or, more commonly, farming out policy development to an external committee or commission. The lack of stakeholder involvement in these processes tends to result in policy proposals that are divorced from the real world and ignore the politics of getting there. The second approach excludes all stakeholders other than physicians and tends to result in reforms that are physician centred, narrow in scope and leave the fundamentals of primary care organization and delivery relatively undisturbed.

Both approaches leave much to be desired. The first has led to policy paralysis. The second can be successful, but within narrow bounds.

Preoccupation with cost control is the third major barrier. Unfavourable economic conditions and governments’ adherence to neo-liberal economic policies have led policy-makers to focus on cost control as the principal objective of primary care reform. The transparency of policy-makers’ cost containment agenda has undoubtedly caused physicians, other stakeholders, and perhaps

soins primaires modifierait en profondeur l’étendue de leur pratique et nuirait à la continuité et à la solidité de leurs relations avec leurs patients.

Apparemment aveugles à cet environnement complexe et contraignant, les groupes de travail gouvernementaux, les commissions et les décideurs politiques chargés de renforcer le système de soins primaires ont presque toujours préconisé des réformes globales faisant table rase du système existant pour mettre en place, plus ou moins simultanément, un modèle prétendument idéal et universel pour l’organisation, le financement et la prestation des soins primaires. Cette approche garantit quasiment l’opposition généralisée des médecins, qui sont actuellement les fournisseurs dominants de soins de santé. On peut compter sur la plupart des médecins pour trouver au moins un élément qu’ils jugeront inacceptable dans n’importe quel modèle de réforme globale. Le plus inquiétant est que la poursuite du changement «table rase» dans des circonstances défavorables est non seulement futile, mais pourrait nous faire rater des occasions d’apporter de petits changements graduels et cumulatifs.

Les lacunes des processus d’élaboration des politiques représentent le deuxième grand obstacle au renouvellement des soins primaires. Les ministères de la Santé des gouvernements provinciaux et territoriaux ont gravité vers l’un ou l’autre de deux modèles opposés pour l’élaboration et la mise en oeuvre des programmes de soins primaires, oscillant parfois entre les deux.

La première approche consiste à laisser de côté les médecins et les autres intervenants parce qu’ils résistent au changement. La deuxième approche consiste plutôt à négocier les innovations en matière de soins primaires avec l’association médicale de la province ou du territoire.

Pour la première approche, on a généralement procédé à l’élaboration des politiques au sein du ministère de la Santé, ou encore, plus souvent, en confiant l’élaboration des politiques à un comité ou une commission externe. L’absence de toute participation des intervenants dans ces processus débouche généralement sur des propositions qui n’ont aucun lien avec la réalité et qui ne tiennent aucun compte des difficultés politiques qui peuvent faire obstacle à la mise en place du modèle proposé. La deuxième approche exclut tous les intervenants sauf les médecins et débouche généralement sur des réformes qui sont centrées sur le médecin, plutôt étriquées et qui laissent relativement intacts les éléments de base de l’organisation et de la prestation des soins primaires.

Les deux approches laissent beaucoup à désirer. La première a entraîné la paralysie des programmes. La deuxième peut être couronnée de succès, mais dans des limites étroites.

L’obsession du contrôle des coûts est le troisième grand obstacle. La conjoncture économique défavorable et l’adhésion des gouvernements à des politiques économiques néo-libérales ont incité les décideurs politiques à établir le contrôle des coûts comme le principal objectif de toute réforme des soins primaires. La transparence des objectifs de limitation des coûts dans les

the public to be suspicious of claims that proposed new models of primary care will actually enhance effectiveness, access and appropriateness.

Strategically, Canadian policy-makers, analysts and many health care stakeholders have seen the elimination of fee-for-service payment as a necessary, if not sufficient, condition for strengthening primary care, and in particular for controlling health care expenditures. Capitation has usually been advanced as the preferred alternative. However, the belief that capitation funding of primary care achieves cost savings and improves efficiency is not supported or, for that matter, refuted by high-quality evidence. The identification of altered payment methods as an essential feature of primary care reform alienates many physicians from the reform process, including those features of reform that might otherwise be attractive to them.

A fourth and final barrier that I see is a lack of investment in primary care infrastructure. Perhaps not surprisingly in an era of fiscal stringency, the primary care sector in Canada suffers from a striking lack of infrastructure in the areas of information technology, communication, coordination of care, quality improvement and staffing, seriously limiting the potential for improvements in primary care quality and appropriateness.

I will end my presentation with a discussion of some of the lessons for policy-making from this analysis of barriers to change. Accepting that big bang reform is currently unachievable, policy-makers might consider two complementary approaches as an alternative. The first of these is the identification of opportunities for progressive, incremental change. The components of recently proposed models for primary care are largely divisible and capable of independent implementation. The unbundling of primary care models would allow early system-wide implementation of those elements with broad stakeholder support. For others, action could be deferred while efforts are made to build consensus.

The second approach is to embrace, or at least tolerate, pluralism of organizational and funding models. Opportunities to move forward could be offered to those ready to embrace innovation without attempting to impose change on the remainder. This overall approach, planned diversity and a cumulative incremental change, if linked to thoughtful and rigorous evaluation, could lead to a primary care system that, over time, becomes increasingly effective, efficient and responsive to patient and community needs, while providing a satisfying

programmes annoncés par les décideurs politiques a indéniablement incité les médecins, les autres intervenants et peut-être le grand public à se méfier des affirmations selon lesquelles les nouveaux modèles proposés déboucheraient sur de véritables améliorations au chapitre de l'efficacité, de l'accès et de l'adéquation des soins de première ligne.

Stratégiquement, les décideurs politiques canadiens, ainsi que les analystes et beaucoup d'intervenants dans le domaine des soins de santé ont perçu l'élimination du paiement à l'acte comme une condition nécessaire, sinon suffisante, pour renforcer les soins primaires, et en particulier pour enrayer l'escalade des dépenses au chapitre des soins de santé. La capitation a généralement été proposée comme la solution de rechange de prédilection. Cependant, aucune étude sérieuse ne permet d'appuyer ou de réfuter la croyance voulant que la capitation comme mode de financement des soins primaires permette de réaliser des économies ou de renforcer l'efficacité. Le fait que des méthodes différentes de rémunération soient présentées comme un élément essentiel de toute réforme des soins primaires provoque chez beaucoup de médecins une méfiance profonde à l'égard du processus de réforme, y compris les éléments de cette réforme qui pourraient autrement leur paraître attrayants.

Un quatrième et dernier obstacle que je perçois est le manque d'investissement dans l'infrastructure des soins primaires. Peut-être ne faut-il pas s'en étonner, en cette ère de resserrement financier, mais le secteur des soins primaires au Canada souffre d'une pénurie flagrante d'infrastructure dans les domaines de l'informatique, des communications, de la coordination des soins, de l'amélioration de la qualité et de la dotation en personnel, ce qui limite sérieusement le potentiel d'amélioration de la qualité et de l'adéquation des soins primaires.

En terminant, je voudrais présenter les conséquences de cette analyse des obstacles au changement au chapitre de l'élaboration des politiques. Les décideurs politiques devraient se résigner à l'idée que la réforme «table rase» est actuellement infaisable et pourraient envisager comme solution de rechange deux approches complémentaires. La première consiste à identifier les possibilités d'apporter des changements progressifs et graduels. Les modèles récemment proposés pour les soins primaires peuvent aisément se décomposer en éléments discrets pouvant être mis en oeuvre de façon indépendante. L'éclatement des modèles pourrait ainsi permettre la mise en oeuvre rapide et généralisée des éléments qui bénéficient de l'appui de la plupart des intervenants. Pour les autres, on pourrait remettre l'intervention à plus tard, tout en déployant des efforts pour dégager un consensus.

La deuxième approche consiste à embrasser, ou tout au moins à tolérer le pluralisme des modèles organisationnels et de financement. On pourrait offrir des possibilités d'aller de l'avant à ceux qui sont prêts à accueillir l'innovation sans tenter d'imposer le changement aux autres. Cette approche globale, qui se caractérise par une diversité planifiée et des changements graduels cumulatifs, conjuguée à une évaluation rigoureuse et réfléchie, pourrait déboucher sur un système de soins primaires qui, avec le temps, deviendrait de plus en plus efficace, efficient et

work environment for primary care providers.

The probability of future success in strengthening Canadian primary care is likely to be dependent on the appropriate representation of public and stakeholder interests in policy development, implementation and evaluation. Such representation will strengthen the acceptability of innovation, feasibility of implementation, and credibility of evaluation findings.

As long as cost containment and efficiency remain the pre-eminent goals of primary care reform, significant change may be difficult to achieve. Primary care policy initiatives that explicitly and credibly target the socially valued objectives of health care quality, appropriateness, accessibility and responsiveness, in addition to cost control and efficiency, are more likely to garner the support of health care providers and the public than those who appear to be motivated primarily by a desire to control expenditures.

Blended funding arrangements provide a potential policy response to the unacceptability of capitation to most primary care physicians. Among the funding streams that could be incorporated into blended models are fee for service, capitation, infrastructure funding, program funding, performance payments and benefits packages.

The creation of adequate primary care infrastructure is only conceivable if ministries of health make direct infrastructure investments or provide primary care practices with segregated funding for infrastructure development and maintenance. Investment in primary care infrastructure offers the possibility of enlisting the support of primary care providers for reform. A process that has been viewed suspiciously as an exercise in cost reduction may come to be seen as one that offers primary care providers tools that will enhance their effectiveness and the quality of their working lives.

Professor Brian Ferguson, Department of Economics, University of Guelph: Honourable senators, Dr. Hutchison referred to the lack of evidence to back up many of the proposals for primary care reform. I should like to focus my remarks fairly narrowly on the evidence that does exist for some of the most often proposed features of the most often proposed approaches to primary care reform.

The most common proposal for primary care reform involves some variant on 24-hour clinics with multidisciplinary staffs, usually involving both physicians and nurse practitioners and with the physicians, in particular, shifting from fee for service to capitation. The assumption usually made is that this kind of structural change would lead to greater access to care — it does tend to be proposed most commonly in the context of

adapté aux besoins des patients et de la collectivité, tout en établissant un environnement de travail satisfaisant pour les fournisseurs des soins primaires.

La probabilité du succès futur des efforts visant à renforcer le système de soins primaires au Canada dépendra probablement de la représentation appropriée des intérêts du public et des intervenants dans le processus d'élaboration, de mise en oeuvre et d'évaluation des politiques. Une telle représentation renforcera l'acceptabilité de l'innovation, la faisabilité de la mise en oeuvre et la crédibilité des conclusions de l'évaluation.

Tant et aussi longtemps que le contrôle des coûts et l'efficacité demeurent les objectifs prééminents de la réforme des soins primaires, il sera difficile d'obtenir des changements notables. Les initiatives qui ciblent de façon explicite et crédible les objectifs sociétaux généralement acceptés que sont la qualité, l'adéquation, l'accessibilité et la souplesse des soins de santé, en plus du contrôle des coûts et de l'efficacité, ont plus de chance d'obtenir l'adhésion et l'appui des fournisseurs des soins de santé et du grand public que les initiatives qui semblent motivées principalement par le désir de réduire les dépenses.

Des arrangements de financement mixte pourraient représenter une solution, face au caractère inacceptable de la capitation pour la plupart des médecins de soins primaires. Parmi les diverses sources de financement que l'on pourrait faire converger dans un modèle mixte, citons la rémunération à l'acte, la capitation, le financement de l'infrastructure, le financement par programme, la rémunération au rendement et divers avantages sociaux.

La création d'une infrastructure adéquate de soins primaires est concevable seulement si les ministères de la Santé investissent directement dans l'infrastructure ou permettent aux praticiens des soins primaires d'avoir accès à un financement séparé pour la mise en place et l'entretien de l'infrastructure. L'investissement dans l'infrastructure des soins primaires offre la possibilité d'obtenir l'adhésion des fournisseurs des soins primaires à la réforme. Un processus qui a été perçu avec méfiance comme un exercice de réduction des coûts pourrait en arriver à être vu comme un mouvement visant à offrir aux dispensateurs des soins primaires les outils qui leur permettront d'accroître leur efficacité et la qualité de leur vie professionnelle.

M. Brian Ferguson, professeur, Département de sciences économiques, Université de Guelph: Honorables sénateurs, le Dr. Hutchison a dit que les faits manquaient pour appuyer bon nombre des propositions de réforme des soins primaires. Je voudrais m'attarder assez étroitement dans mon exposé sur les éléments de preuve qui existent bel et bien à l'appui de certains éléments parmi les plus souvent proposés pour une réforme des soins primaires.

La proposition la plus fréquente en vue d'une réforme des soins primaires est la mise en place de cliniques ouvertes 24 heures sur 24 et dotées de personnel multidisciplinaire, comportant habituellement à la fois des médecins et des infirmières praticiennes, et le remplacement de la rémunération à l'acte par la capitation, en particulier pour les médecins. L'hypothèse que l'on fait habituellement est qu'un tel changement structurel

underserved areas — and that it might achieve greater access at lower cost. I wish to argue that both of those propositions are wrong.

We have a fair amount of international evidence pertaining to these issues. Over the years, many countries have tried various experiments that have involved shifting doctors from capitation to fee for service or from fee for service to capitation. The pattern that results is relatively consistent. When you shift doctors from fee for service to capitation, you eliminate much of the incentive to actually supply services and the number of services provided declines.

The best-known example in the literature was the case of a change in Copenhagen, where doctors in Copenhagen were shifted from capitation to blended payment, including fee for service. The number of services they provided immediately went up, not because they were generating unnecessary services, but because they simply started performing in their own offices services that they had previously been referring their patients to specialists or hospitals to receive.

There was an example in Norway that went the other way. They reduced the fee for service and increased the capitation component of payment structures for certain doctors. The result was that those doctors reduced the number of services that they provided and increased their propensity to refer their patients out to specialists and to hospitals. In Ireland, when they changed the funding method for what is known as “category 1” patients, the lowest income category of patients, from fee for service to capitation, the number of services provided to those lowest income patients dropped by 20 per cent.

There is a consistent pattern internationally that, when you do shift from fee for service to a pure capitation system, results in fewer services being delivered. Since, as I said, these proposals tend to be associated mainly with trying to increase access to care in underserved areas, this seems like a slightly perverse incentive to be talking about putting in place.

The other very common proposal or component of these proposals is that these multidisciplinary clinics would involve nurse practitioners. The argument is usually made that a nurse practitioner can treat perhaps 70 per cent of the cases that walk through a GP's door on any ordinary day. Even if we accepted that 70 per cent figure, which is the upper end of what is in the literature, there is a strong argument that an awful lot of what your typical GP is doing could also be done by nurse practitioners.

déboucherait sur un accès plus facile aux soins — ce modèle est le plus souvent proposé dans le contexte des régions mal servies — et que cela pourrait permettre un meilleur accès à moindre coût. Je soutiens que ces deux propositions sont fausses, et je m'explique.

Nous disposons d'une assez abondante documentation internationale sur ces questions. Au fil des années, beaucoup de pays ont fait diverses expériences comportant un changement du mode de rémunération des médecins, passant de la capitation au paiement à l'acte, ou inversement. Les résultats ont été relativement uniformes. Quand on cesse de payer les médecins à l'acte pour les rémunérer par le mode de la capitation, on élimine en grande partie l'encouragement à fournir des services, et le nombre de dispensateurs de services diminue.

L'exemple le plus connu est le changement apporté à Copenhague, où les médecins sont passés de la capitation à un mode de paiement mixte, incluant le paiement à l'acte. Le nombre des services offerts par les médecins a immédiatement augmenté, non pas parce qu'ils offraient des services inutiles, mais parce qu'ils ont simplement commencé à offrir dans leurs propres cabinets des actes médicaux dont ils s'abstenaient auparavant, préférant renvoyer leurs patients vers des spécialistes ou des hôpitaux.

En Norvège, nous avons eu l'exemple d'une situation contraire. Ils ont réduit le paiement à l'acte et augmenté l'élément capitation de la rémunération pour certains médecins. Le résultat est que les médecins en question ont réduit le nombre de services qu'ils offraient et ont eu davantage tendance à diriger leurs patients vers les spécialistes et les hôpitaux. En Irlande, où l'on a changé la méthode de financement pour ce que l'on appelle là-bas les patients de catégorie 1, c'est-à-dire les patients ayant les revenus les plus faibles, pour passer du paiement à l'acte à la capitation, le nombre de services offerts à ces patients à faible revenu a diminué de 20 p. 100.

On constate donc partout dans le monde une tendance uniforme, à savoir que lorsque l'on passe du paiement à l'acte à un régime de rémunération fondé sur la capitation pure, le résultat est que la prestation des services diminue. Comme je l'ai dit, ces propositions sont généralement associées surtout à des tentatives d'augmenter l'accès aux soins dans les régions mal servies, et il semble donc que les résultats soient contraires à l'effet recherché.

L'autre élément très fréquent dans de telles propositions de réforme est que les cliniques multidisciplinaires comptent parmi leurs effectifs des infirmières praticiennes. On avance généralement l'argument qu'une infirmière praticienne peut traiter peut-être 70 p. 100 des patients qui se présentent au cabinet d'un médecin omnipraticien en une journée donnée. Même si l'on acceptait ce chiffre de 70 p. 100, qui se situe à la limite supérieure du pourcentage avancé dans la littérature, il y a de solides arguments pouvant démontrer que les infirmières praticiennes pourraient se charger d'une bonne partie des tâches accomplies par la plupart des omnipraticiens.

There is also an argument that, because nurse practitioners are cheaper to train, they will provide these services at a lower cost than GPs. I would argue that the first part of that suggestion, that is, that nurse practitioners are perfectly capable of providing many services, is true.

The second part, that they will do it more cheaply than GPs, is false. It is false because the price that the supplier of a service gets for his or her service does not depend on what it costs to educate that supplier; it depends on the value of that service to the recipient. If nurse practitioners are indeed providing services that are equivalent to those that GPs provide, within the range of services that it is generally accepted nurse practitioners can provide, then they have every reason to expect to be paid as much per service as a GP would be paid for providing exactly the same service. While nurse practitioners earn less in the sense that their annual incomes are lower than GPs, that is because they tend to provide fewer services in any given period of time — for example, in a week — and because they do not provide that upper 30 per cent of more complicated services that require GP training.

If you look only at the overlap services and what it would cost medicare to have exactly the same services provided and exactly the same number of services, whether provided by GPs or nurse practitioners, you will find that it will cost exactly the same amount in total. The per-service price will be the same.

This has happened under market forces in the United States. According to one survey of nurse practitioner salaries that I looked at recently, they earn, on average, \$63,000 U.S. a year. The 95th percentile of that income distribution was at about \$155,000 U.S. a year. Nurse practitioners are not cheap labour, and advocates of greater use of nurse practitioners in the United States now acknowledge that, on a per-service basis, they are no cheaper than GPs.

This does not mean that nurse practitioners do not have an important role to play in primary care reform. They have a very important role. As I said, a very large part of what your ordinary GP has to deal with in a day could perfectly well be dealt with by a nurse practitioner. If nurse practitioners take over that load, it frees the GPs up to deal with services that require medical school levels of training. If you do that, you get much greater efficiency in your use of GP time. If you are getting greater efficiency in your use of the GP input to the health care system, then you are using your health care resources, in general, more efficiently.

On peut aussi soutenir, arguments à l'appui, que les infirmières praticiennes coûtent moins cher à former et qu'elles pourront donc offrir les mêmes services à moindre coût que les omnipraticiens. Je soutiens que le premier élément de cette proposition, à savoir que les infirmières praticiennes sont parfaitement capables d'assurer la prestation de nombreux services, est vrai.

Le deuxième élément, à savoir qu'elles le feront à moindre coût, est faux. C'est faux parce que le prix qu'un fournisseur de services obtient pour ses services ne dépend pas de ce qu'il en coûte pour former le fournisseur, il dépend plutôt de la valeur du service en question pour le bénéficiaire. Si les infirmières praticiennes offrent vraiment des services qui sont l'équivalent de ceux offerts par les omnipraticiens, dans l'éventail des services dont on s'entend généralement pour dire que les infirmières praticiennes peuvent se charger, alors elles auront de solides raisons de s'attendre à être payées autant pour leurs services qu'un omnipraticien serait payé pour fournir exactement les mêmes services. Quoique les infirmières praticiennes gagnent moins en ce sens que leur revenu annuel est inférieur à celui des omnipraticiens, cela s'explique par le fait qu'elles offrent généralement moins de services en une période donnée, par exemple en une semaine, et aussi parce qu'elles ne peuvent pas offrir la partie supérieure de 30 p. 100 de cette palette de services, à savoir les tâches plus complexes qui exigent une formation d'omnipraticien.

Si l'on s'attarde uniquement au chevauchement des services et à ce qu'il en coûterait à l'assurance-maladie pour faire accomplir exactement les mêmes services et exactement le même nombre d'actes médicaux, qu'ils soient dispensés par des médecins omnipraticiens ou par des infirmières praticiennes, on constate qu'il en coûterait exactement le même montant au total. Le prix par service sera le même.

C'est ce qui s'est passé aux États-Unis en application des forces du marché. D'après une enquête dont j'ai pris connaissance récemment sur le salaire des infirmières praticiennes, celles-ci gagnent en moyenne 63 000 \$US par année. Le 95^e rang centile de cette répartition des revenus se situait à environ 155 000 \$US par année. Les infirmières praticiennes ne sont pas des gagne-petit et les partisans d'une utilisation plus répandue des infirmières praticiennes aux États-Unis reconnaissent maintenant qu'elles ne coûtent pas moins cher que les médecins omnipraticiens pour chaque service qu'elles rendent.

Cela ne veut pas dire que les infirmières praticiennes n'ont pas un rôle important à jouer dans la réforme des soins primaires. Au contraire, elles ont un rôle très important. Comme je l'ai dit, une grande partie des cas que doivent examiner au jour le jour les médecins omnipraticiens pourraient parfaitement être traités par une infirmière praticienne. Si les infirmières praticiennes assument cette charge de travail, cela libère les omnipraticiens qui peuvent consacrer leur temps à des actes médicaux exigeant une formation médicale. Cela permettrait d'utiliser de façon beaucoup plus efficiente le temps des omnipraticiens. Cette plus grande efficacité dans l'utilisation des omnipraticiens se traduit par une plus grande efficacité dans l'utilisation généralisée de l'ensemble des ressources consacrées aux soins de santé.

If you incorporate nurse practitioners into the system, you will get greater efficiency of resource use. You will not get cheap care, because if nurse practitioners are not being paid as much on a per-service basis as GPs are being paid for providing identical services, one good "equal pay for work of equal value" lawsuit will fix that.

While I am making these remarks, as I say, I do not want to give the impression that I am somehow opposed to the role of nurse practitioners in primary care reform. They have a very important role to play; I just do not think it is the role that has often been suggested in terms of basically providing cheap labour to the system. They are not cheap labour; they are skilled professionals.

One additional point I wish to make is that, looking at the international evidence on primary care reform, one thing that does show up as working pretty well is fund holding. Both the U.K. and the New Zealand experiences with fund holding would indicate that. They both suggest that implementing fund holding for hospital services is tricky. However, they both suggest that implementing fund holding, in the sense of having GPs pay for lab tests, diagnostic tests, things of that nature, can actually work very well. In New Zealand, for example, after they rolled back most of their experiments with internal market reforms, fund holding for GP purchases of lab and diagnostic tests was left in place because it had been working very well.

As a final observation I would say that Medicare is basically locked into a model of the 1960s. The Hall commission did a splendid job of designing a system that was suited to the way health care was delivered in that period and to what medical care could do in that period. The Hall commission reported in 1964 or 1965. Medicare was implemented in 1968. The first heart transplant was in 1967. The whole thing changed between the Hall commission report and the implementation of Medicare as we now know it. Unfortunately, we have almost insisted that the structure of Medicare not change relative to what it was in the 1960s. Until we can get past the almost obsession with form and focus on the need to maintain the function, I think we will have a lot of trouble with primary care reform and reform of any other part of the system you wish to look at.

The Deputy Chairman: Thank you, Professor Ferguson. My thought process was triggered by your last point. You say, like it or not, economic incentives matter as much in health care as in other area of life.

In order to make the transition from what we have now to a more workable primary health care model, what other incentives, other than economic — perhaps both of you gentlemen may

Si l'on intègre des infirmières praticiennes au système, on utilise les ressources de façon plus efficiente. On n'obtient pas des soins bon marché, parce que si les infirmières praticiennes ne sont pas payées le même montant à l'acte que les omnipraticiens pour des services identiques, il suffira d'une poursuite invoquant le principe du salaire égal pour du travail d'égale valeur, et le tour sera joué.

Tout en disant cela, je ne veux pas donner l'impression que je suis contre le rôle des infirmières praticiennes dans la réforme des soins primaires. Elles ont un rôle très important à jouer; seulement, je pense que ce n'est pas le rôle que l'on a souvent proposé, à savoir fournir de la main-d'oeuvre à bon marché au système. Elles ne sont pas de la main-d'oeuvre à bon marché, elles sont des professionnelles possédant une formation poussée.

Je voudrais faire une autre observation. Si l'on examine ce qui s'est fait dans le monde entier dans le dossier de la réforme des soins primaires, il y a une mesure qui ressort et qui semble donner d'assez bons résultats, à savoir la retenue des fonds. L'expérience du Royaume-Uni et de la Nouvelle-Zélande semble l'indiquer. Dans ces deux pays, on a constaté qu'il peut être assez délicat de retenir les fonds pour les services hospitaliers. Par contre, dans les deux cas, il est apparu que le fait de retenir les fonds, en ce sens que l'on demande aux omnipraticiens de payer les tests de laboratoire, pour les diagnostics et autres tests de ce genre, peut donner d'assez bons résultats. En Nouvelle-Zélande, par exemple, après qu'on ait mis fin à la plupart des expériences de réforme du marché intérieur, on a laissé en place ce système de retenue des fonds pour les services de laboratoire et de diagnostic achetés par les omnipraticiens, parce que le système fonctionnait assez bien.

Une dernière observation. Je dirais que l'assurance-maladie est essentiellement figée dans un modèle des années 60. La commission Hall a fait un travail magnifique en concevant un système qui était adapté à la manière dont les soins de santé étaient dispensés au cours de cette période et à ce que la profession médicale pouvait faire à cette époque. La commission Hall a remis son rapport en 1964 ou 1965. L'assurance-maladie a été mise en place en 1968. La première greffe cardiaque a eu lieu en 1967. Tout a changé entre le dépôt du rapport de la commission Hall et la mise en oeuvre de l'assurance-maladie telle que nous la connaissons actuellement. Malheureusement, nous avons presque insisté pour que la structure de l'assurance-maladie ne change pas par rapport à ce qu'elle était durant les années 60. Tant que nous ne nous serons pas débarrassés de cette quasi-obsession de la forme pour concentrer plutôt nos énergies sur la nécessité de maintenir la fonction, je pense que nous aurons beaucoup de difficultés dans le dossier de la réforme des soins primaires et de la réforme de n'importe quel élément du système que l'on voudra examiner.

La vice-présidente: Merci, professeur Ferguson. Votre dernière observation m'a fait réfléchir. Vous dites que, qu'on le veuille ou pas, les incitatifs économiques comptent tout autant dans le domaine des soins de santé que dans n'importe quel autre domaine de la vie.

Pour opérer la transition entre le système actuel et un modèle plus satisfaisant des soins primaires, quels autres incitatifs, autres qu'économiques, à votre avis — la question s'adresse aux deux

answer this — do you see the government working with the professions in instituting? Do we start with young doctors coming out of medical schools? Where would you start if you were to begin on a new page?

Dr. Hutchison: The key is helping those providers to do a better job. By and large, health professionals, as are most of us, are motivated to do our jobs well. Many health care providers, whether they are nurse practitioners, nurses, family physicians or specialists, are feeling hamstrung in their ability to do what they are capable of doing. A willingness to invest in primary care infrastructure to support those primary care providers so that they can be more effective in their work, would win their allegiance for significant changes in organization and funding in the long run. I believe that is the key.

As I said in my brief and in my presentation, there has been too great a preoccupation with cost control. It is certainly understandable in the current fiscal climate. However, I think it has soured potential allies for reform when they see cost containment as being almost exclusively what policy-makers are working towards, and who do not see serious efforts being made to improve the quality, accessibility and responsiveness of the care that they are providing. There is a tremendous opportunity to forge an allegiance among primary care providers and with governments if there is a shift in the process for developing policy and a greater emphasis on investment in improved quality of care, responsiveness, and improved health outcomes.

The Deputy Chairman: You would start with the basic infrastructure.

Dr. Hutchison: I would go to those people and say, "What do you need to do your job better, and how can we support that? What do you need?" One of the questions posed in the set of questions I received prior to coming to the committee was this: Can this be done voluntarily, or will it have to be imposed? Given the policy environment and the nature of primary care reform proposals, the only way it will ever happen is voluntarily. It is matter of finding how we can enlist folks to work together to improve our primary health care delivery.

The chances of imposing reforms on unwilling providers are very small, partly because I do not think the public sees primary care reform as offering huge advantages to them.

Mr. Ferguson: As an economist, I have trouble with the notion that there are any incentives beyond economic ones. I also do not know that they are needed in the sense that physicians and other providers, while they are economic agents, all want to do their jobs properly. They are all concerned with the quality of care that

témoins — le gouvernement pourrait-il chercher à établir de concert avec les professions? Faut-il commencer par les jeunes médecins qui sortent des facultés de médecine? Par où commenceriez-vous si vous pouviez tout refaire à partir de zéro?

Le Dr Hutchison: La clé, c'est d'aider les fournisseurs de soins à faire du meilleur travail. Dans l'ensemble, les professionnels de la santé, comme la plupart d'entre nous, sont motivés et cherchent à faire le meilleur travail possible. Beaucoup de fournisseurs de soins de santé, infirmières praticiennes, infirmières ordinaires, médecins de famille ou spécialistes, se sentent limités dans leur capacité de faire ce qu'ils sont capables de faire. La volonté d'investir dans l'infrastructure des soins primaires pour appuyer ces fournisseurs de soins afin qu'ils soient plus efficaces dans leur travail permettrait d'obtenir leur appui envers des changements en profondeur, à long terme, au niveau de l'organisation et du financement. Je pense que c'est la clé.

Comme je l'ai dit dans mon mémoire et dans mon exposé, on a été trop préoccupé par le contrôle des coûts. C'est assurément compréhensible, compte tenu du climat financier actuel. Je pense toutefois que cela a aigri des alliés potentiels de la réforme qui ont l'impression que les décideurs politiques cherchent presque exclusivement à réduire les coûts et ne font pas vraiment d'efforts pour améliorer la qualité, l'accessibilité et l'adéquation des soins qu'ils fournissent. Il y a une extraordinaire occasion de forger une alliance parmi les dispensateurs de soins primaires et entre ceux-ci et les gouvernements, si l'on réoriente le processus d'élaboration des politiques en mettant davantage l'accent sur l'investissement dans l'amélioration de la qualité et de l'adéquation des soins et dans l'obtention de résultats améliorés sur le plan de la santé.

La vice-présidente: Vous commenceriez donc par l'infrastructure de base.

Le Dr Hutchison: Je dirais à ces gens-là: «De quoi avez-vous besoin pour mieux faire votre travail et comment pouvons-nous vous aider à cet égard? Qu'est-ce qu'il vous faut?» L'une des questions que l'on posait dans le questionnaire que j'ai reçu avant de venir au comité était celle-ci: Cela peut-il se faire de façon volontaire, ou bien faudra-t-il l'imposer? Compte tenu de l'environnement et des programmes en place et de la nature des propositions de réforme des soins primaires, la seule façon dont cela pourra jamais se faire, c'est par l'adhésion volontaire. Il s'agit de trouver la façon d'obtenir l'adhésion des gens, de les amener à travailler ensemble pour améliorer la prestation de nos soins de santé primaire.

Les chances sont très minces d'imposer des réformes à des dispensateurs récalcitrants, en partie parce que je ne crois pas qu'aux yeux du public, une réforme des soins primaires apporterait des avantages énormes.

M. Ferguson: En tant qu'économiste, j'ai de la difficulté à accepter qu'il puisse y avoir de quelconques incitatifs autres qu'économiques. Je ne crois pas non plus que des incitatifs soient nécessaires, en ce sens que les médecins et les autres dispensateurs de soins, tout en étant des agents économiques, veulent tous bien

they give to their patients. Some of them are better than others. In many ways, the most important thing is to allow flexibility into the system.

Going back to what I was saying about nurse practitioners, some of the earliest experiments with nurse practitioners took place in Canada. Some of them were done at McMaster, and some were done in Newfoundland. That was about 30 years ago. Since then, nurse practitioners have become, perhaps not universal, but very familiar in the American health care system. We are still trying to decide whether and how we might be able to fit them under medicare.

My concern is that any attempt at a "big bang" reform or at a cookie-cutter approach, imposing the same structure across the country would simply impose a new set of rigidities. Whatever we do in the way of primary care reform and beyond that, flexibility in how physicians are allowed to practice medicine is extremely important.

Dr. Hutchison: I would add a thought about nurse practitioners, picking up on some of what Mr. Ferguson said. I would certainly agree with him that nurse practitioners do not inherently lead to reduced primary care costs. The emphasis on cost control has led to a focus on nurse practitioners as substitutes for physicians. The other dimension that needs to be explored is their potential for broadening the scope of primary care and providing a greater emphasis on health promotion, prevention and health counselling, where they have a great deal to offer, probably more than physicians. We should think of nurse practitioners in a complementary role, not mainly with the idea of saving money. We should view them in terms of improving health.

The Deputy Chairman: That is particularly relevant in rural and remote areas where that might be the point of entry.

Senator Morin: I would like to compliment both our witnesses for the high quality of their presentations.

Dr. Hutchison, I agree with you that primary care reform should be incremental, and not a big bang type of reform. I also believe that people have forgotten that there is a cost inherent in primary care reform. In Quebec, a cost of \$1 million per primary care team has been suggested. That is in addition to the operating costs.

What role do you see for the federal government in this incremental type of reform?

faire leur travail. Ils ont tous le souci de fournir des soins de qualité à leurs patients. Certains sont meilleurs que d'autres. À bien des égards, le plus important, c'est d'instaurer de la souplesse dans le système.

Pour revenir à ce que je disais au sujet des infirmières praticiennes, c'est au Canada qu'ont eu lieu certaines des premières expériences avec des infirmières praticiennes. Ces expériences avaient été faites à McMaster, et aussi à Terre-Neuve. C'était il y a une trentaine d'années. Depuis lors, les infirmières praticiennes sont devenues, peut-être pas universellement présentes, mais très répandues dans le système de soins de santé des États-Unis. Quant à nous, nous essayons encore de décider s'il y a lieu d'en faire autant, et de préciser la manière dont on pourrait les intégrer à notre régime.

Je crains que dans toute tentative de réforme faisant «table rase» ou de réforme à la pièce, si l'on imposait la même structure d'un bout à l'autre du pays, on imposerait tout simplement une nouvelle rigidité. Quoi que l'on fasse dans le dossier de la réforme des soins primaires et d'une réforme plus générale, il est extrêmement important de permettre une plus grande souplesse dans la manière dont on permet aux médecins de pratiquer la médecine.

Le Dr Hutchison: Je voudrais ajouter une réflexion au sujet des infirmières praticiennes, pour donner suite à ce qu'a dit M. Ferguson. Je suis absolument d'accord avec lui quand il dit que la présence d'infirmières praticiennes n'entraîne pas automatiquement une réduction du coût des soins primaires. L'obsession de la réduction des coûts nous a amenés à envisager de recourir aux infirmières praticiennes comme remplaçantes des médecins. L'autre dimension qu'il faut explorer, c'est leur potentiel pour ce qui est d'étendre la palette des soins primaires et d'insister davantage sur la promotion de la santé, la prévention et le counselling, domaines dans lesquels elles ont beaucoup à offrir, probablement plus que les médecins. Nous devrions envisager pour les infirmières praticiennes un rôle complémentaire, au lieu de les voir principalement comme un moyen d'économiser de l'argent. Nous devrions voir dans cette profession un outil d'amélioration de la santé.

La vice-présidente: C'est particulièrement pertinent dans les régions rurales et isolées où elles pourraient constituer le point d'entrée.

Le sénateur Morin: Je voudrais féliciter nos deux témoins pour la grande qualité de leurs exposés.

Docteur Hutchison, je suis d'accord avec vous pour dire que la réforme des soins primaires doit être graduelle et non pas une réforme globale faisant table rase de tout ce qui existe. Je crois également que les gens ont oublié que la réforme des soins primaires comporte un coût intrinsèque. Au Québec, on a avancé un coût de un million de dollars par équipe de soins primaires. Ce montant s'ajoute aux coûts de fonctionnement.

Quel rôle voyez-vous pour le gouvernement fédéral dans une telle réforme graduelle?

Dr. Hutchison: It is a difficult area, and it is one to which I have not given a lot of thought. Clearly, the federal government has played some role so far in the health transitions funding which was provided for primary care demonstration and pilot projects, and new funding is becoming available.

My concern is with how that money is invested. To the extent that it is simply a matter of turning money over to provinces, I am not sanguine that it will necessarily lead to the kind of significant change that I think is possible.

It would please me greatly to see a genuine effort among the provincial and territorial governments and the federal government to forge some common strategy. I would agree that one-size-fits-all approaches are not appropriate. A pluralistic approach is required. There needs to be an approach that stimulates innovation and evaluation to identify opportunities for improvement. We must identify what works and what does not, for which people and under what circumstances.

There is a major need for infrastructure investment, and it may be that there could be some federal-provincial agreement that the federal government would play a role in providing earmarked funding for the development of primary care infrastructure.

Senator Morin: What about a national information system?

Dr. Hutchison: I do not know. It is important that we think about primary care information systems as being from the ground up, the primary objective being not so much to gather information about system performance, which is important, but to provide information at the point of decision making that will allow primary care providers and the patients they are working with to make well-informed decisions about health care interventions. I think that has the prospect of improving health care and making more efficient the use of resources.

Senator Morin: If we want to evaluate the system, these primary care information systems must "talk" to each other across the country.

Dr. Hutchison: Sometimes we lose sight of the clinical level of information systems in these discussions. A lot of attention is devoted to the idea of electronic medical records and the ability to interface between providers and connect the information systems. If the information for decision making is not there at the point of decision making, then that is not going to change things very much.

Senator Morin: That is the first step.

Dr. Hutchison: That is an important step. I think the federal government could provide leadership in the development of data standards to build that clinical information system on which the broader system-level data collection is built.

Le Dr Hutchison: C'est une question difficile, à laquelle je n'ai pas beaucoup réfléchi. Il est clair que le gouvernement fédéral a joué un certain rôle jusqu'à maintenant par l'entremise du fonds pour l'adaptation des services de santé qui a servi à financer des projets pilotes de soins primaires, et de nouveaux fonds sont maintenant disponibles.

Ce qui m'inquiète, c'est la manière dont cet argent est investi. Dans la mesure où il s'agit simplement de remettre de l'argent aux provinces, je ne suis pas vraiment convaincu que cela débouchera nécessairement sur le changement en profondeur que je crois possible.

Ce qui me plairait vraiment, c'est que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux fassent un effort sincère pour en arriver à une stratégie commune. Je conviens qu'il faut écarter les modèles «taille unique». Il faut une approche pluraliste. Il faut une approche qui stimule l'innovation et l'évaluation, afin de déceler les possibilités d'amélioration. Nous devons identifier ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, pour quelle catégorie de personnes et dans quelles circonstances.

Il y a un grand besoin d'investissement dans l'infrastructure, et il est bien possible que l'on en arrive à un quelconque arrangement fédéral-provincial dans lequel le gouvernement fédéral jouerait un rôle en fournissant des fonds réservés à la mise en place de l'infrastructure des soins primaires.

Le sénateur Morin: Et que diriez-vous d'un système national d'information?

Le Dr Hutchison: Je ne sais pas. Il est important que l'on mette au point des systèmes d'information sur les soins primaires à partir de la base, l'objectif principal étant non pas tellement de recueillir des renseignements sur le rendement du système, ce qui est important, mais surtout de fournir des renseignements au point de décision, permettant aux dispensateurs de soins primaires et à leurs patients de prendre des décisions éclairées au sujet des interventions dans le domaine de la santé. Je pense que cela pourrait permettre d'améliorer les soins de santé et d'utiliser les ressources de façon plus efficiente.

Le sénateur Morin: Si nous voulons évaluer le système, ces systèmes d'information sur les soins primaires doivent être en communication d'un bout à l'autre du pays.

Le Dr Hutchison: Nous perdons parfois de vue dans ces discussions l'importance de l'information au niveau clinique. On accorde beaucoup d'attention à la notion de dossiers médicaux électroniques et à l'interface entre dispensateurs et entre les systèmes d'information. Mais si l'information n'est pas disponible au point de décision, cela ne changera pas grand-chose.

Le sénateur Morin: C'est la première étape.

Le Dr Hutchison: C'est une étape importante. Je pense que le gouvernement fédéral pourrait prendre l'initiative pour la mise au point de normes relatives aux données pour mettre sur pied ce système d'information clinique à partir duquel on peut établir un réseau plus étendu de cueillette des données.

Senator Morin: Dr. Ferguson, with respect to your comment about professionals, we had a recent example of pharmacists in Quebec who were asked to prescribe the morning-after pill because it was more convenient, and they immediately asked for fees equal to that of family physicians for the prescription. Your point is very well taken.

Fee for service increases the number of services, but you get to a point where many physicians are performing more services on fewer patients. In fact, capitation increases the number of patients, but it decreases the number of services. The Ontario experience at the Lakehead clinic was that family physicians who moved from a fee-for-service system to a capitation system increased the number of patients they were seeing. However, I believe the number of services may have decreased.

Mr. Ferguson: There is a strand in the policy debate which argues that, under fee for service, physicians provide what are medically unnecessary services because they generate income. The argument is that, if you shift to capitation, physicians will reduce the number of unnecessary services they provide and quite possibly see more patients and provide a higher proportion of appropriate service.

However, that strand does not hold up terribly well against the literature. When you look broadly at the evidence on the relationship between the rate of services provided and the rate of inappropriate services — ones that are perhaps being provided in order to pump up the doctor's income — there is no relationship. The consensus in the literature is that changing the payment mechanism does not change the proportion of inappropriate services.

Senator Morin: That was not my point. Let us forget about quality of services. There is a trade-off between the number of patients and the amount of services. In the context of rationing medical manpower, you may choose to favour the number of patients and not the number of services.

This is getting away from what we were to be discussing this morning. You have generously given us a paper on profits in the hospital sector.

Mr. Ferguson: Why do I have a feeling I am about to regret that?

Senator Morin: Of course you are aware of the Devereaux paper this week and the editorial by the Dean of the University of Toronto that made the front page of Canadian newspapers. I know that you were not aware of that paper when you wrote your submission.

You probably know that our committee, like many others, has taken a neutral stand regarding for-profit and not-for-profit, pretty well along the lines, without having read it, of your document. It may well be that for historical reasons the not-for-

Le sénateur Morin: Docteur Ferguson, au sujet de votre commentaire sur les professionnels, nous avons eu récemment au Québec l'exemple des pharmaciens auxquels on a demandé de prescrire la pilule du lendemain parce que c'était plus commode, et ils ont immédiatement demandé les mêmes honoraires que les médecins de famille touchent pour leurs ordonnances. Votre observation est donc très juste.

Le paiement à l'acte augmente le nombre de services, mais on en arrive au point où beaucoup de médecins font plus d'actes médicaux sur moins de patients. En fait, la capitation augmente le nombre de patients, mais diminue le nombre de services. L'expérience de l'Ontario à la clinique Lakehead montre que les médecins de famille qui sont passés du paiement à l'acte à la rémunération par capitation ont augmenté le nombre de patients qu'ils voyaient. Je crois toutefois que le nombre de services a peut-être diminué.

M. Ferguson: Dans ce débat, d'aucuns soutiennent que dans le régime du paiement à l'acte, les médecins fournissent des services qui ne sont pas médicalement nécessaires parce qu'ils rapportent des revenus. L'argument est que si l'on passe à la capitation, les médecins vont réduire le nombre de services non nécessaires qu'ils fournissent et vont peut-être bien voir un plus grand nombre de patients et fournir une proportion plus élevée de services adéquats.

Cependant, cet argument ne résiste pas tellement bien à l'analyse. Si l'on examine l'ensemble des faits en ce qui concerne la relation entre le taux des services fournis et le nombre de services inappropriés, des services qui sont peut-être fournis uniquement pour augmenter le revenu des médecins, on constate qu'il n'y a aucune relation entre les deux. Le consensus parmi les auteurs qui ont écrit sur la question est qu'en changeant le mécanisme de rémunération, on ne change pas la proportion de services inappropriés.

Le sénateur Morin: Ce n'est pas ce que je voulais dire. Laissons de côté la qualité des services. Il y a un compromis entre le nombre de patients et la quantité de services. Dans le contexte du rationnement des effectifs médicaux, on peut choisir de favoriser le nombre de patients et non pas le nombre de services.

Cette question s'éloigne de ce dont nous devons discuter ce matin, mais vous nous avez généreusement remis un article sur les profits dans le secteur hospitalier.

M. Ferguson: Pourquoi ai-je l'impression que je suis sur le point de le regretter?

Le sénateur Morin: Vous êtes bien sûr au courant de l'article publié par Devereaux cette semaine et de l'éditorial publié par le doyen de l'Université de Toronto qui ont fait les manchettes des journaux canadiens. Je sais que vous n'étiez pas au courant de cet article quand vous avez écrit votre mémoire.

Vous savez probablement que notre comité, comme bien d'autres, a adopté une position neutre sur la question du régime à but lucratif versus à but non lucratif, position qui se rapproche passablement de celle énoncée dans votre document, bien que

profit system in Canada is the one that is preferable. However, there is no reason to exclude for-profit, as long as there are standards.

What has struck me is that many conclusions are being based on a consideration of American institutions. France, for example, has a network of private institutions that are functioning very well, from what we can determine. They have rigorous evaluation systems. Sweden also has private hospitals. As far as their efficiency goes, they are doing much better than the hospitals in the public system. I do not know if any quality output studies have been done. Britain has a number of private institutions that are not available to the general population, only those who have private insurance. The systems in Europe are more comparable to the Canadian system.

About a year ago, there was a special issue in *Health Affairs* on chronic care, which dealt with the problems of private, for-profit nursing homes in the U.S. The conclusion was that the problem was not so much related to the for-profit aspect of it but to the regulatory process aspect of it. The regulatory process of the providers in the U.S. is a mess. Dr. Relman, the editor of the *New England Journal of Medicine*, attended before the committee, and he stated that the for-profit providers are not efficient. Finally he admitted that the problem was more regulatory than inherent to the for-profit or not-for-profit aspects.

The reason the regulatory process is so bad in the U.S. is due to the very powerful lobbying they have, and the fact that their political system can be so much more heavily influenced than those of European countries. Maybe the American situation is due to the fact that their regulatory process is not strong enough.

We, in Canada, could not tolerate situations they encounter, such as the low number of nurses they employ. The big difference between for-profit and not-for-profit is manpower, especially as it relates to nurses. The number of nurses in for-profit institutions in the U.S. is way down. We would not tolerate that here in Canada. We have regionalization. We could have good supervision and evaluation.

The paper that was published is important in the view of this committee, because we have taken a stand that is similar to the conclusions in your document. We will present our final report in October. I might be persuaded to change my view, but and I cannot speak for other senators. I will bow to the evidence. I was wondering whether this is the final say on the matter. What is your own opinion?

Mr. Ferguson: I only saw the Devereaux paper yesterday. Let me answer your points in reverse order and I will deal with that paper at the end.

nous ne l'eussions pas lu. Peut-être bien que, pour des raisons historiques, le système à but non lucratif au Canada est celui qui est préférable. Il n'y a toutefois aucune raison d'exclure le modèle à but lucratif, pourvu qu'il y ait des normes.

Ce qui m'a frappé, c'est que beaucoup de conclusions sont fondées sur un examen des institutions américaines. La France, par exemple, a un réseau d'établissements privés qui fonctionnent très bien, d'après ce que nous pouvons en juger. Ils ont des systèmes d'évaluation rigoureux. La Suède a aussi des hôpitaux privés. Du point de vue de l'efficacité, ils sont très en avance sur les hôpitaux du réseau public. J'ignore si l'on a fait des études pour jauger la qualité. La Grande-Bretagne compte un certain nombre d'établissements privés qui ne sont pas accessibles au grand public, seulement à ceux qui ont de l'assurance privée. Les régimes en place en Europe sont plus comparables au système canadien.

Il y a environ un an, il y a eu un numéro spécial de *Health Affairs* sur les soins de longue durée, dans lequel on traitait des problèmes des maisons de soins de santé privés à but lucratif aux États-Unis. La conclusion était que le problème n'était pas tellement lié à l'aspect lucratif, mais plutôt au processus de réglementation. Le processus de réglementation des fournisseurs aux États-Unis est un véritable gâchis. Le Dr Relman, rédacteur en chef du *New England Journal of Medicine*, a témoigné devant le comité et a déclaré que les fournisseurs à but lucratif ne sont pas efficaces. Il a fini par admettre que le problème tenait davantage à la réglementation qu'à une faille inhérente au fait qu'un établissement est à but lucratif ou non lucratif.

La raison pour laquelle le processus de réglementation est tellement mauvais aux États-Unis tient peut-être aux très puissants groupes de pression qui existent là-bas et au fait que leur système politique peut être tellement plus fortement influencé que ceux des pays européens. Peut-être que la situation américaine est due au fait que leur processus de réglementation n'est pas assez solide.

Nous, au Canada, ne pourrions pas tolérer des situations comme celles que connaissent les Américains, par exemple le petit nombre d'infirmières qu'ils emploient. La grande différence entre des établissements à but lucratif et à but non lucratif se situe au niveau des effectifs, en particulier les infirmières. Les établissements à but lucratif aux États-Unis emploient beaucoup moins d'infirmières. Nous ne tolérerions pas cela ici au Canada. Nous avons la régionalisation. Nous pourrions avoir une bonne supervision et une bonne évaluation.

L'article qui a été publié est important, de l'avis du comité, parce que nous avons adopté une position qui est semblable aux conclusions formulées dans votre document. Nous présenterons notre rapport final en octobre. On pourrait me convaincre de changer d'avis, mais je ne peux pas parler au nom des autres sénateurs. Je vais m'incliner devant les faits. Je me demande si c'est le dernier mot sur la question. Quelle est votre opinion?

M. Ferguson: Ce n'est qu'hier que j'ai lu l'article de Devereaux. Je vais répondre à vos questions dans l'ordre inverse et je traiterai de cet article à la fin.

There is no such thing as a definitive study in this field, and anyone who thinks they have produced one does not understand how complicated the field is. In that paper to which you referred, I cited a remark by a American health economist, Joe Newhouse, who said that you will never be able to resolve to everyone's satisfaction the question of whether private or public providers are better. What you need to do is put a system in place which has the right incentives for quality, output and access to care, regardless of whether it is publicly or privately provided. Ultimately, that is where I would come down.

With regard to the American system, it is a complete and utter mess. That has nothing to do with private sector provision of care. It has to do primarily with the incredible mess they have made of insuring people.

Let's face it, your GP is a private sector for-profit provider. We just happen to call his income professional income rather than profit. He earns his revenue by supplying services. He earns his income from providing services, subtracts his costs, and takes home what is left at end of the day. If he were a grocer, we would call it profit. Since he is a professional we call it income.

There is a notion that the American system is the one that we would automatically have to look at or move towards. It is certainly one we have to consider because we have to know what not to do. However, it is not the only possibility, as you say.

In Japan, over one-half of the hospital beds are in investor-owned institutions. Those institutions are more like Klein-type clinics than they are like full-scale hospitals. They are investor-owned institutions. In France, almost 30 per cent of hospital beds are private. Australia has many private hospitals, although not as many as in the U.K. They have performed very well, certainly on every quality study that I have seen, but there will always be a new quality study coming out that may disagree with the previous studies.

I do not think we would ever see full-scale, private, general hospitals in this country along the lines of those in America, Australia or Britain because it would be a serious mistake to put in place the type of insurance structure that is required to support that kind of hospital.

Incidentally, you are probably much more familiar with the details than many other people, but I do not know how many people realize that only 15 per cent of American hospitals are for-profit institutions. The other 85 per cent of hospitals, accounting for 88 per cent of beds, are non-profit — either government or private non-profit. This view that the American system is riddled with for-profit hospitals is one of those fallacies that floats around and distorts Canadian health policy debate.

Il n'y a pas d'étude définitive dans ce domaine, et quiconque s'imagine en avoir fait une ne comprend pas à quel point tout cela est compliqué. Dans l'article dont vous avez parlé, j'ai cité une observation d'un économiste américain spécialisé en santé, Joe Newhouse, qui a dit que l'on ne pourra jamais résoudre à la satisfaction de tous la question de savoir si les fournisseurs privés ou publics sont les meilleurs. Ce qu'il faut faire, c'est mettre en place un système qui comporte les stimulants voulus pour obtenir des soins de qualité, en quantité suffisante et faciles d'accès, peu importe qu'ils soient dispensés par des fournisseurs publics ou privés. En fin de compte, c'est la position que j'adopterais.

Quant au système américain, c'est vraiment un fouillis total. Cela n'a rien à voir avec le fait que les soins sont assurés par le secteur privé. C'est essentiellement attribuable à l'incroyable gâchis de l'assurance dans ce pays.

Il faut voir les choses en face: votre médecin omnipraticien est un fournisseur privé à but lucratif. C'est seulement que nous appelons son revenu des honoraires professionnels plutôt que des profits. Il tire ses revenus des services qu'il fournit. Il gagne son argent en fournissant des services, retranche ses coûts, et empoche l'argent qui reste au bout du compte. S'il était épicier, nous appellerions cela du profit. Comme il est professionnel, nous disons plutôt qu'il s'agit d'un revenu.

Il existe une notion voulant que le système américain soit celui vers lequel nous devons automatiquement nous tourner ou dont nous devons nous rapprocher. Il est certain que nous devons l'examiner parce que nous devons savoir ce qu'il ne faut pas faire. Par contre, ce n'est pas la seule possibilité, comme vous le dites.

Au Japon, plus de la moitié des lits d'hôpitaux se trouvent dans des établissements appartenant à des investisseurs. Ces établissements ressemblent plutôt à des cliniques du type Klein qu'à de véritables hôpitaux complets. Ils appartiennent à des investisseurs. En France, près de 30 p. 100 des lits d'hôpitaux sont privés. L'Australie compte de nombreux hôpitaux privés, quoique pas autant qu'au Royaume-Uni. Ils obtiennent de très bons résultats, en tout cas dans toutes les études sur la qualité dont j'ai pris connaissance, mais il y aura toujours quelque part une nouvelle étude sur la qualité qui contredit les études précédentes.

Je ne crois pas que nous verrons jamais au Canada des hôpitaux privés offrant tous les services comme ceux qu'on trouve aux États-Unis, en Australie ou en Grande-Bretagne, parce que ce serait une grave erreur de mettre en place la structure d'assurance nécessaire pour appuyer des hôpitaux de ce genre.

Soit dit en passant, vous êtes probablement beaucoup plus au courant des détails que bien des gens, mais je me demande combien de gens se rendent compte que seulement 15 p. 100 des hôpitaux américains sont des établissements à but lucratif. Les autres, soit 85 p. 100 des hôpitaux, représentant 88 p. 100 des lits, sont des établissements à but non lucratif, gouvernementaux ou privés. Le préjugé voulant que le système américain soit truffé d'hôpitaux à but lucratif est l'une de ces idées fausses qui circulent et qui causent une distorsion dans le débat sur la politique de santé au Canada.

It would be perfectly feasible for us to have private clinics in the sense of the Swedes, the Norwegians, the French and virtually every other country of the world where they are specializing and selling those services directly to medicare. They are basically being paid on a fee-for-service basis. This comes back to something I said earlier about the rigidity of medicare.

Part of the reason we have debate about this at all is because, in 1968, we set up a system that said the doctor part of any services that you receive in hospital will be paid for on a fee-for-service basis. The hospital part, which includes non-physician labour, will come out of the hospital's global budget. That means we have no idea what those non-physician services cost. That means we have no idea what to pay for a service provided in an office.

A continuing theme in the medical literature over the past several decades — it was around when I worked at Health Canada in the mid-1970s — is that the natural trend would be to move things out of hospitals and to have hospitals concentrate more on high labour and capital intensive medical services while the smaller services would be moved to clinics of one kind or another.

We have not done that because we do not have a system in place to pay for moving those things into, for example, a GP's office. If there is a multidisciplinary group practice, we do not have a well-established system for paying the providers to provide services in their offices or in their clinics. If we had that kind of system, there would be much less fuss about precisely the kind of transition that seems to be regarded as natural everywhere.

Concerning the Devereaux paper — and I do not trust Meta analysis anyway — reducing a very large literature to 12 articles that happen to fit certain precise selection criteria always makes me extremely nervous. It amounts to saying that any article that does not fit those selection criteria precisely has no information to offer, and I do not believe that. There are studies of varying quality and varying degrees of reliability out there. A few have no information to offer at all. A Meta analysis of the sort that was done in the Devereaux paper simply throws them out.

I would also make the point that they deliberately excluded government public hospitals in the U.S. They argued that this was because our public hospitals are structurally much like American private for-profit hospitals because they have boards of directors. I would argue that our boards of directors are allowed to manage their hospitals only when they are doing things that the government agrees with. As soon as they decide to do something the government disagrees with, that is the end of

Ce serait parfaitement faisable pour nous d'avoir des cliniques privées selon le modèle des Suédois, des Norvégiens, des Français et de presque tous les autres pays du monde, des cliniques spécialisées qui vendent leurs services directement à l'assurance-maladie. Elles sont essentiellement payées à l'acte. Cela revient à ce que je disais tout à l'heure au sujet de la rigidité de l'assurance-maladie.

Si nous avons un débat à ce sujet, c'est parce qu'en 1968, nous avons établi un système selon lequel tous les services des médecins dispensés à l'hôpital doivent être rémunérés selon la formule du paiement à l'acte. Tous les autres services hospitaliers, à l'exclusion des médecins eux-mêmes, sont payés à même le budget global de l'hôpital. Cela veut dire que nous n'avons aucune idée de ce que coûtent les services autres que ceux assurés par les médecins. Cela veut dire que nous n'avons aucune idée du montant que nous devrions payer pour un service fourni dans un bureau.

Un thème récurrent dans la littérature médicale depuis plusieurs décennies — c'était déjà le cas quand je travaillais à Santé Canada au milieu des années 70 — est que la tendance naturelle consiste à retirer des services des hôpitaux et à laisser les hôpitaux se concentrer davantage sur les services médicaux intensifs exigeant beaucoup de main-d'oeuvre et d'immobilisations, tandis que les services de moindre envergure seraient transférés vers des cliniques.

Nous ne l'avons pas fait parce que nous n'avons pas en place un système permettant de payer ces services que l'on confierait par exemple à un cabinet d'omnipraticiens. S'il y a pratique médicale en groupes multidisciplinaires, nous n'avons pas un système bien établi pour payer les fournisseurs qui dispensent ces services dans leurs bureaux ou dans leurs cliniques. Si nous avions un tel système, on se ferait beaucoup moins de souci au sujet précisément de la transition qui semble être considérée naturelle partout.

Pour revenir à l'article Devereaux, je signale qu'au départ, je ne fais pas confiance à la méta-analyse, et je me méfie toujours énormément quand on veut réduire une abondante littérature à 12 articles qui se trouvent à correspondre à certains critères de sélection précis. Cela revient à dire que tout article qui ne correspond pas à ces critères de sélection n'a absolument aucune information à offrir, et je n'en crois pas un mot. Il y a des études de diverses qualités et de divers degrés de fiabilité. Quelques-unes n'ont aucune information à offrir. Une méta-analyse comme celle qui a été faite dans l'article Devereaux les élimine purement et simplement.

Je veux aussi signaler que l'on a délibérément exclu les hôpitaux gouvernementaux publics aux États-Unis. Les auteurs soutiennent que c'est parce que nos hôpitaux publics ressemblent beaucoup, du point de vue structurel, aux hôpitaux privés américains à but lucratif parce qu'ils sont dotés de conseils d'administration. Je soutiens que nos conseils d'administration ont la latitude voulue pour gérer leurs hôpitaux seulement dans la mesure où ils agissent d'une manière acceptable aux yeux du

their independent authority.

Our hospitals, while they have boards of directors, in terms of ultimate control over what they can do and what they cannot do and what can be done and where, are much more like American public hospitals than they are like American private not-for-profit hospitals. Incidentally, the average rate of profit on for-profit hospitals in the United States, according to an article published in the late 1990s looking at data from the mid-1980s and on, was 5.3 per cent, not the 10 or 15 per cent figure that is kicked around.

The average rate of profit in not-for-profit hospitals in the U.S. was 4.8 per cent. Being a not-for-profit hospital does not mean not making profits, rather, it means having to cut a deal with the internal revenue service so that you do not have to pay taxes on those profits.

I have managed, I hope, to duck your question successfully.

Senator Morin: I hope I will be reading all of this in a letter to the editor in next week's CHMA.

Mr. Ferguson: I will wait until I have had a look at the 12 articles. I must add that this is just a Meta analysis. Contrary to some of the newspaper reports or TV news bites, they did not look at 38 million patient records. They looked at 12 articles on hospital studies that between them had processed 38 million patient contacts.

The articles they looked at are all well-established in the literature, and I am familiar with some of them. I am also familiar with some of the ones they left out. I am not familiar with all 12 of those articles so I will take a look at them before I stick my neck out any further than I already have. I would come back to what I said earlier: There is no such thing as the definitive article in this field no matter how much attention it may receive in the TV news.

[Translation]

Senator Pépin: I know that you are an economist and that everything must be summed up in dollars and cents. I have read the document that you have provided to us. I must admit that I was under the impression that you were disappointed that the traditional nurses would be considered as professionals and not as cheap labor.

I quote from your document:

Nurse practitioners have a great role to play in order to make health care more efficient, so that we can have more bang for the buck in the area of health.

I know that money is very important, but I have always thought that people were going in nursing or medicine because they wanted to care for people. I agree that people do want to make money. We must take into consideration the revenues and

gouvernement. Dès qu'ils prennent la moindre décision avec laquelle le gouvernement n'est pas d'accord, c'est la fin de leur pouvoir indépendant.

Nos hôpitaux, même s'ils sont gérés par des conseils d'administration, si l'on s'attarde à ce qu'ils peuvent faire et ce qui leur est interdit, en dernière analyse, ressemblent beaucoup plus aux hôpitaux américains publics qu'aux hôpitaux américains privés à but non lucratif. Je signale en passant que le taux moyen de profits réalisés par les hôpitaux à but lucratif aux États-Unis, d'après un article publié à la fin des années 90 et réalisé à partir de données recueillies depuis le milieu des années 80, était de 5,3 p. 100, et non pas le chiffre de 10 ou 15 p. 100 que l'on avance souvent.

Le taux moyen de profit des hôpitaux à but non lucratif aux États-Unis était de 4,8 p. 100. Un hôpital à but non lucratif, ce n'est pas nécessairement un hôpital qui ne fait aucun profit, c'est plutôt une question de conclure une entente avec le fisc pour n'avoir pas à payer d'impôts sur les profits éventuels.

J'espère que j'ai réussi à ne pas répondre à votre question.

Le sénateur Morin: J'espère que je vais lire tout cela dans une lettre à la rédaction qui sera publiée la semaine prochaine dans CHMA.

M. Ferguson: Je vais attendre d'avoir jeté un coup d'oeil sur les 12 articles. Je dois ajouter que c'est seulement une méta-analyse. Contrairement à ce que l'on a laissé entendre dans certains articles de journaux ou reportages télévisés, les auteurs n'ont pas examiné 38 millions de dossiers de patients. Ils ont lu 12 articles portant sur des études effectuées dans des hôpitaux qui avaient au total enregistré 38 millions de contacts avec des patients.

Les articles en question sont bien connus dans la littérature et j'en ai lu quelques-uns. J'en ai lu d'autres aussi qu'ils ont laissé de côté. Je ne connais pas la totalité des 12 articles et je vais donc les lire avant de m'avancer encore plus loin que je ne l'ai déjà fait. J'en reviens à ce que j'ai dit tout à l'heure: il n'existe rien de tel qu'un article définitif dans ce domaine, peu importe l'attention qu'on peut lui accorder dans les émissions d'information à la télévision.

[Français]

Le sénateur Pépin: Je sais que vous êtes économiste et que tout doit se ramener en cents et en dollars. J'ai lu le document que vous nous avez fait parvenir. Je dois avouer que j'avais l'impression que vous étiez déçu de voir que les infirmières traditionnelles allaient être considérées comme des professionnelles plutôt que de la main-d'oeuvre à bon marché.

Je me rapporte à certains passages de votre document:

Les IP ont un rôle précieux à jouer pour rendre l'assurance-santé plus efficace et nous en donner plus pour notre argent dans le domaine de la santé [...]

Je sais que l'argent est très important, mais j'ai toujours pensé qu'on allait en sciences infirmières ou en médecine parce qu'on voulait s'occuper des gens. Je veux bien qu'on fasse de l'argent. Il faut prendre en considération les revenus et les salaires — vous

the salaries, and you do say that nurses earn less than physicians, but on the other hand, if you add that a nurse earns \$63,000 because she works 40 hours, while the physician earns between \$90,000 and \$130,000 because he or she works 60 hours, one has to wonder whether they wouldn't earn the same salary if the nurse was working 60 hours.

There is a difference between a physician and a nurse. Perhaps I had the wrong perception when reading your document. I had the feeling that, in your view, more and more nurses would play the role of general practitioners and they would open up private clinics.

As an economist, how would you organize health care services? I know your bottom line approach, in dollars and cents. However, if you were to put into that mix a little bit more generosity, how would you organize this without labeling a group as cheap labor and the other as professionals?

[English]

The Deputy Chairman: This is said in the context that Senator Pépin was once a nurse.

Senator Pepin: A nurse practitioner.

Mr. Ferguson: Let me say that money has absolutely nothing to do with economics. Economics is about allocating resources. When economists are blamed for cutbacks in services in order to achieve budgetary savings, it is not our fault. To an economist, efficiency means receiving the greatest bang for your buck, and you can define the bang any way you like.

What we are concerned with is the allocation of resources that allows one to achieve that particular target with the most efficient resource mix, because any resources that are used inefficiently in one place are resources which are not available to be used efficiently somewhere else. That is the economist's perspective on efficiency and resource allocation.

In terms of nurse practitioners, I prepared a report for Kansas University Medical Centre a few years ago on various proposals for getting greater access to primary care in rural Kansas, and they are already making use of physician assistants more than nurse practitioners in Kansas to extend access in those areas. It was in that context that I was reading the nurse practitioner literature.

My view on nurse practitioners is that they are not there to replace doctors; they are there to complement them within the system. I have been using this example in my introductory microeconomics courses for a number of years. It is a matter of what we call, in economic jargon, comparative advantage. Physicians have a comparative advantage in certain sets of services, nurse practitioners have a comparative advantage in others, and you get the most efficient use of your resources if you

dites d'ailleurs que les infirmières gagnent moins qu'un médecin —, mais par contre, si vous ajoutez qu'une infirmière gagne 63 000 \$ parce qu'elle travaille 40 heures et que le médecin gagne entre 90 000 \$ et 130 000 \$ parce qu'il travaille 60 heures, on pourrait se demander s'ils ne gagneraient pas le même salaire si l'infirmière travaillait 60 heures.

Il y a une différence entre un médecin et une infirmière. J'ai peut-être eu une mauvaise perception en lisant votre document. J'avais l'impression que, selon vous, de plus en plus d'infirmières prendraient le rôle des médecins de médecine générale et allaient s'ouvrir des cliniques privées.

En tant que bon économiste, comment organiseriez-vous les services de santé? Je connais votre approche en dollars et en cents. Cependant, si vous y mettiez un peu plus de sentiments, comment organiseriez-vous cela sans catégoriser un groupe de main-d'œuvre à bon marché et l'autre de professionnels?

[Traduction]

La vice-présidente: Je vous signale, pour établir le contexte, que le sénateur Pépin a déjà été infirmière.

Le sénateur Pépin: Infirmière praticienne.

M. Ferguson: Je voudrais dire que l'argent n'a absolument rien à voir avec les sciences économiques. L'économie est une question de répartition des ressources. Quand on blâme les économistes pour les réductions de services réalisées pour faire des économies budgétaires, ce n'est pas notre faute. Pour un économiste, l'efficacité, cela veut dire en avoir le plus possible pour son argent, et vous êtes libre de définir comme vous le voudrez ce qu'on doit obtenir pour son argent.

Ce qui nous préoccupe, c'est la répartition des ressources qui permet d'atteindre un objectif particulier en faisant l'utilisation la plus efficace des ressources en question, parce que toute ressource qui est utilisée de façon inefficace est une ressource qui n'est pas disponible pour être utilisée ailleurs avec efficacité. Voilà le point de vue d'un économiste sur l'efficacité et la répartition des ressources.

Au sujet des infirmières praticiennes, j'ai rédigé il y a quelques années pour le centre médical de l'Université du Kansas un rapport sur diverses propositions en vue d'avoir un meilleur accès aux soins primaires dans le Kansas rural, et ils font déjà appel au Kansas à des auxiliaires médicaux plus qu'à des infirmières praticiennes pour étendre l'accès dans ces régions. C'est dans ce contexte que j'ai lu la littérature publiée sur les infirmières praticiennes.

Mon point de vue sur les infirmières praticiennes est qu'elles ne sont pas là pour remplacer les médecins, mais plutôt pour leur servir de complément dans le système. J'ai donné cet exemple pendant un certain nombre d'années dans mes cours d'introduction à la micro-économie. C'est ce que l'on appelle, dans notre jargon d'économiste, l'avantage comparatif. Les médecins ont un avantage comparatif dans certaines catégories de services, les infirmières praticiennes ont un avantage

allow everybody to work in the direction of their comparative advantage.

I do not see nurse practitioners replacing doctors because you always have that other 30 per cent of cases walking through the door. I do not automatically assume a nurse practitioner is going to be any more inclined than a doctor to go into an isolated, rural part of the country. In Kansas, they are using physician assistants in almost stand-alone practices in parts of rural Kansas. They have to be supervised by a physician, but the physician need not be on site. It can be telemedicine supervision. That is a way of getting basic primary care services into rural Kansas.

Physician assistants can earn almost as much as physicians. The difference is based on the difference in the mix of services they provide. I am not sure if you are happy or unhappy that I am saying nurse practitioners would expect to be paid the same amount as physicians if they were providing the same services. This has happened under a public system much like ours in New Zealand. There is a longer tradition of making much greater use of midwives as primary maternity care providers.

In the early 1990s, the New Zealand government defined primary maternity care provider, introduced a fee schedule for primary maternity care providers, and specified that, regardless of whether the provider were a physician or a nurse-midwife, a certain fee would be paid for a particular service.

I am not objecting to that in any way. I am saying that, in a free and competitive market, the amount you pay nurse practitioners annually relative to the amount you pay physicians will be proportional to their relative productivities. In terms of efficient allocation of resources I think that is a good thing.

[Translation]

Senator Pépin: I agree with your very practical and concise approach. Perhaps it has to do with the fact that in my generation, those who chose to go into nursing or medicine had a somewhat more compassionate approach.

I find you are rather practical and perhaps a little bit cynical. I still have a lot to learn.

[English]

Mr. Ferguson: We are getting into Oscar Wilde's definition of an economist as someone who knows the price of everything and the value of nothing. I might point out that, while I am one of those cynical economists, my father was a surgeon in rural New Brunswick before medicare was introduced.

comparatif dans d'autres, et l'on utilise les ressources de la façon la plus efficiente si l'on permet à chacun de travailler dans le domaine où il jouit d'un avantage comparatif.

Je n'envisage pas que les infirmières praticiennes remplacent les médecins, parce qu'il y a toujours ces 30 p. 100 de cas qui se présentent dans les cabinets de médecin. Je ne suppose pas automatiquement qu'une infirmière praticienne est plus encline qu'un médecin à aller travailler dans une région rurale et isolée. Au Kansas, ils utilisent des auxiliaires médicaux qui travaillent de façon quasiment autonome dans certaines localités du Kansas rural. Ils doivent être supervisés par un médecin, mais celui-ci n'est pas nécessairement sur place. La supervision peut se faire à distance, par la télé-médecine. C'est une façon d'obtenir des services de soins primaires de base dans le Kansas rural.

Les auxiliaires médicaux peuvent gagner presque autant qu'un médecin. La différence s'explique par les différences dans les services offerts. Je ne sais trop si vous êtes contente ou mécontente de m'entendre dire que les infirmières praticiennes s'attendraient à être payées le même salaire que les médecins si elles offraient les mêmes services. C'est ce qui est arrivé dans un régime public qui ressemble beaucoup au nôtre, en Nouvelle-Zélande. Il y a une tradition ancrée de plus longue date qui consiste à faire beaucoup plus appel à des sages-femmes comme dispensatrices des soins de maternité primaires.

Au début des années 90, le gouvernement de Nouvelle-Zélande a défini la notion de dispensateur de soins de maternité primaires, a introduit un barème de rémunération pour les fournisseurs de tels services et a décrété que certains honoraires seraient versés pour certains services précis, peu importe que le dispensateur soit médecin ou sage-femme.

Je ne m'oppose nullement à cela. Je dis simplement que, dans un marché libre et compétitif, le montant que l'on paye annuellement aux infirmières praticiennes, en comparaison du montant que l'on paye aux médecins, sera proportionnel à leur productivité relative. Sur le plan de la répartition efficiente des ressources, je crois que c'est une bonne chose.

[Français]

Le sénateur Pépin: Je suis d'accord avec votre approche très pratique et concise. C'est peut-être parce que je fais partie d'une génération où les gens qui choisissaient les sciences infirmières ou la médecine y mettaient un peu plus de sentiments.

Je vous trouve plutôt pratique et peut-être un peu cynique. J'ai encore des choses à apprendre.

[Traduction]

M. Ferguson: Cela me rappelle la définition que donnait Oscar Wilde d'un économiste: c'est quelqu'un qui connaît le prix de toute chose et la valeur de rien. Je voudrais signaler que si je suis un économiste cynique, mon père était chirurgien dans le Nouveau-Brunswick rural avant la création de l'assurance-maladie.

Senator Callbeck: In our last report, we recommended that a maximum time should be allocated for each procedure. When that time is up, if the patient has not had the procedure, then the government must pick up the tab for them to go to another province or country.

Professor Ferguson, you said that has only been successful in a very few cases. I would like to hear comments from both of you. Do you think this is something that can be successful in Canada? If not, why not?

Mr. Ferguson: It has been successful in those countries in which it was part of a general process of changing the incentives. It did work in both Sweden and Norway. There was also a change in the way hospitals were funded. They were rewarded for moving patients through rather than being rewarded for keeping them on a waiting list, as effectively happened in Norway.

Sweden had a similar problem to ours with bed blockers, patients who really did not need to be in hospital in a purely medical sense but there was nowhere else to put them. Sweden also made some changes to the way those patients were treated.

I make the point that something like that is already in place here. New Brunswick, for example, recently did a deal with cancer treatment centres in Maine so that anybody who had been waiting too long for cancer treatment in New Brunswick was able to go to Maine for it. That program has recently been cancelled. The explanation given was that it was no longer needed. I understand a lot of people did not want to go from New Brunswick to Maine to get cancer treatment. British Columbia has used that kind of system with cardiac surgery. It is not new in Canada. It just has been used on a fairly ad hoc basis in the past.

Denmark introduced waiting time guarantees. Each time the majority of counties started missing the guarantee, they quietly dropped the guarantee. The U.K. brought them in initially for certain services and conditions. They found that this meant that patients whose condition happened to have been favoured by being listed received treatment over patients who were not so favoured, even if those less-favoured patients were sicker.

The Blair government then introduced a general waiting time guarantee. As a result of a report by the British equivalent of the auditor general, the chief executives of four of the biggest British hospital boards have just been if not fired, then at least allowed to resign because it turned out they were falsifying their waiting list time data.

Le sénateur Callbeck: Dans notre dernier rapport, nous avons recommandé que l'on accorde un délai maximum pour chaque acte médical. Une fois ce délai passé, si le patient n'a toujours pas reçu le service en question, le gouvernement doit payer la facture pour qu'il puisse aller se faire soigner dans une autre province ou à l'étranger.

Professeur Ferguson, vous avez dit que cela a été couronné de succès dans seulement quelques rares cas. Je voudrais entendre l'opinion des deux témoins à ce sujet. Croyez-vous que c'est un modèle qui peut être implanté avec succès au Canada? Si non, pourquoi pas?

M. Ferguson: Cette méthode a été un succès dans les pays où c'était intégré à un processus global de changement des incitatifs. Cela a marché en Suède et en Norvège. On a aussi changé le mode de financement des hôpitaux. On les a récompensés pour accélérer le traitement des patients, plutôt que de les récompenser pour garder les patients sur des listes d'attente, comme c'était effectivement le cas en Norvège.

La Suède avait un problème semblable au nôtre en ce sens qu'ils étaient aux prises avec des patients qui monopolisaient des lits d'hôpitaux, c'est-à-dire qu'il n'était pas vraiment nécessaire de les hospitaliser du point de vue strictement médical, mais qu'on n'avait nulle part ailleurs où les mettre. La Suède a également apporté des changements à la façon dont ces patients sont traités.

Je signale que nous avons déjà des mesures semblables en place chez nous. Le Nouveau-Brunswick, par exemple, a récemment conclu une entente avec des centres de traitement du cancer du Maine, de sorte que tous ceux qui attendaient depuis trop longtemps sur les listes d'attente de traitement du cancer au Nouveau-Brunswick pouvaient aller se faire soigner au Maine. Ce programme a été supprimé récemment. L'explication qu'on a donnée est qu'il n'était plus nécessaire. Je comprends que bien des gens ne voulaient pas déménager du Nouveau-Brunswick au Maine pour aller recevoir des traitements contre le cancer. La Colombie-Britannique a utilisé un système semblable pour la chirurgie cardiaque. Ce n'est pas nouveau au Canada. C'est simplement que cela a été appliqué de façon plutôt ponctuelle dans le passé.

Le Danemark a introduit des garanties quant aux délais d'attente. À chaque fois que la majorité des comtés commençaient à se trouver en défaut de garantie, les Danois laissaient tomber la garantie sans en souffler mot. Le Royaume-Uni avait introduit des garanties au départ pour certains services et certaines pathologies. Les Britanniques ont constaté que les patients qui se trouvaient favorisés parce que leur pathologie figurait sur la liste recevaient des traitements plus rapidement que les patients qui n'étaient pas ainsi favorisés, même si ces derniers étaient plus malades.

Le gouvernement Blair a alors introduit une garantie généralisée quant aux délais d'attente. À la suite d'un rapport déposé par l'équivalent britannique de notre vérificateur général, les directeurs généraux de quatre des principaux hôpitaux britanniques viennent tout juste d'être, sinon congédiés, du moins forcés de démissionner, parce qu'ils avaient falsifié leurs données sur les listes d'attente.

It is a good idea. It is not a magic bullet. As with anything else, I would be very careful in how it was actually designed.

Senator Callbeck: Yesterday Dr. Wilson gave evidence about the Ontario Family Health Network. I would like your views on that. Do you think this is a favourable model that could be applied across Canada, and that we should be considering this seriously?

Mr. Ferguson: I do not know anything about it. I am sorry.

Dr. Hutchison: I do know about the Ontario Family Health Network model. I believe it is a very limited model that reflects the process by which it was negotiated — bilateral negotiations between the government and the Ontario Medical Association. There were no non-physician stakeholders involved in the discussion. It was a private, “behind closed doors” set of negotiations.

Although it has interesting elements, it is a pretty traditional approach. It changes funding methodology, but it does not change a lot of other things. It certainly does not provide many opportunities for providers to develop and evaluate varying arrangements that involve non-physician providers such as nurse practitioners, social workers, midwives, and so on. It is a physician-centred model.

I do not see either the funding part of it or the model in general as being something you would want to emulate on a universal basis. It will be an interesting exercise to look at. It may evolve in some positive ways over time. However, it relates to what I was saying about flawed processes. Unless we can develop processes for planning innovation that involves the full range of relevant stakeholders, we are likely to end up with some pretty strange creations.

Senator Callbeck: When you speak of funding, are you referring to the method by which the physicians are paid?

Dr. Hutchison: Yes.

Senator Morin: I am surprised that you are saying that. This is the first time in Canada where the physicians have agreed to be part of an organization where the major funding element will be capitation. I realize it is mixed. However, you started out by saying this should be incremental.

There are problems with introducing other professionals. However, this is the first step. Dr. Wilson fully admitted that this was not the ideal situation. We asked her the question about nurse practitioners, and she told us that we should take one step at a time and look at the role of the nurse practitioner next year. She told us that now they will have rostering, have access to electronic medical records, electronic decision-making tools, and patients will have 24-7 type of care. I am surprised by your criticism.

C'est une bonne idée. Ce n'est pas une panacée. Comme pour n'importe quoi d'autre, je ferais très attention à la façon dont la mesure est finolée dans les détails.

Le sénateur Callbeck: Le Dr Wilson a témoigné hier et nous a parlé du Réseau de santé familiale de l'Ontario. Je voudrais avoir votre opinion là-dessus. Pensez-vous que c'est un modèle favorable qui pourrait être appliqué partout au Canada et que nous devrions l'envisager sérieusement?

M. Ferguson: Je ne sais absolument pas de quoi il s'agit. Je suis désolé.

Le Dr Hutchison: Je connais le modèle du Réseau de santé familiale de l'Ontario. Je crois que c'est un modèle très limité qui reflète le processus par lequel il a été négocié: des négociations bilatérales entre le gouvernement et l'Association médicale de l'Ontario. Aucun intervenant non médecin n'a participé à la discussion. C'était des négociations privées, derrière des portes closes.

Bien qu'il comporte certains éléments intéressants, c'est un modèle plutôt traditionnel. On a changé le mode de financement, mais pas grand-chose d'autre. Chose certaine, ce modèle ne donne pas beaucoup de possibilités aux fournisseurs de soins pour ce qui est de mettre au point et d'évaluer divers arrangements faisant appel à des dispensateurs non médecins comme des infirmières praticiennes, travailleurs sociaux, sages-femmes, et cetera. C'est un modèle axé sur le médecin.

À mes yeux, ni l'aspect financement de ce modèle, ni le modèle en général ne valent qu'on s'en inspire pour établir un régime universel. Ce sera intéressant à suivre. Cela pourrait évoluer de façon positive. J'en reviens toutefois à ce que je disais au sujet des failles dans le processus. Si nous ne mettons pas au point des processus de planification de l'innovation faisant appel à tout l'éventail des intervenants compétents, nous nous retrouverons probablement avec des créatures assez étranges.

Le sénateur Callbeck: Quand vous parlez de mode de financement, voulez-vous dire la méthode par laquelle les médecins sont payés?

Le Dr Hutchison: Oui.

Le sénateur Morin: Je m'étonne de vous entendre dire cela. C'est la première fois au Canada que des médecins ont accepté de faire partie d'une organisation dont le principal élément de financement sera la capitation. Je sais que c'est un régime mixte. Mais vous avez commencé par dire que cela devrait se faire de façon graduelle.

L'introduction d'autres professionnels pose des problèmes. Mais c'est la première étape. Le Dr Wilson a admis sans réserve que ce n'était pas la situation idéale. Nous lui avons posé la question au sujet des infirmières praticiennes, et elle nous a dit que nous devrions procéder une étape à la fois et nous pencher l'année prochaine sur le rôle des infirmières praticiennes. Elle nous a dit que dorénavant, on fera l'inscription des clients, on aura accès aux dossiers médicaux électroniques, à des outils électroniques de prise de décisions, et les patients seront soignés 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. Je m'étonne de vos critiques.

Dr. Hutchison: There is no reason universal rostering could not have been introduced. You do not need to be paid by capitation to have rostering of patients. You do not need to have capitation or any particular funding mechanism to have an electronic medical record or 24-7 coverage or a telephone advice service. All those elements could have been introduced much more broadly and not linked to any particular funding mechanism.

Blended funding approaches can have an appeal to physicians and can provide some flexibility that permits different approaches to organization. However, I think the impact of funding and remuneration methods on the behaviour of providers has been vastly overrated. We need to focus more on the kinds of changes in practice organization and delivery that will impact on quality of care, rather than endless discussions on payment mechanisms.

Senator Morin: Aside from the fact there are no nurse practitioners, what is your major criticism of the system in place right now?

Dr. Hutchison: Some of those innovations could have been introduced at a system-wide level. There could have been universal rostering.

Senator Morin: Of all patients in Ontario?

Dr. Hutchison: Sure. Physicians would be happy to embrace an electronic medical record if it gave them useful tools to provide high-quality patient care.

I return to my point. We should unbundle these models and ask, "What are the innovations which, if introduced at a system level, we could agree would be useful and would advance health system objectives?" Linking it to a particular model of funding gets in the way of physician acceptance.

It is fine that the OMA has agreed to it, but it is my understanding that, so far, one family health network has been approved. We do not know that it will appeal to 80 per cent as the government hopes it will. We could make more progress than has been made through that innovation. However, I am pleased with it. I think the funding method is much more creative than any funding scheme proposed before. My concern is that it has been bundled together with other things that could have been implemented on a much broader scale if they were de-linked from a particular payment method.

Senator Fairbairn: As we are a legislative group, I would like to focus on the Canada Health Act. As Dr. Hutchison noted, our primary care continues to be shaped and constrained by what you call "policy legacies," one of the most powerful being the Medical

Le Dr Hutchison: Il n'y a aucune raison de ne pas avoir introduit l'inscription universelle des clients. Il n'est pas nécessaire d'être payé par capitation pour cela. Il n'est pas nécessaire non plus d'instaurer le paiement par capitation ou un quelconque mécanisme de financement pour établir des dossiers médicaux électroniques, les soins assurés 24 heures et sept jours, ou un service de conseils par téléphone. Tous ces éléments auraient pu être introduits de façon beaucoup plus généralisée sans être liés à un quelconque mécanisme de financement.

Des modes de financement mixte peuvent être attrayants pour les médecins et peuvent offrir une certaine souplesse permettant différentes approches organisationnelles. Je pense toutefois que l'impact du mode de financement et de rémunération sur le comportement des fournisseurs a été grandement exagéré. Il faut s'attarder davantage à des changements dans la pratique organisationnelle et la prestation des soins qui auront un impact sur la qualité des soins, plutôt que de s'enfermer dans des discussions interminables sur les mécanismes de paiement.

Le sénateur Morin: À part l'absence d'infirmières praticiennes, quelle est votre principale critique du système actuel?

Le Dr Hutchison: Certaines de ces innovations auraient pu être introduites dans l'ensemble du système. L'inscription des patients aurait pu se faire de façon universelle.

Le sénateur Morin: De tous les patients en Ontario?

Le Dr Hutchison: Bien sûr. Les médecins seraient très heureux de travailler avec un dossier médical électronique si cela leur donnait des outils utiles pour fournir des soins de qualité aux patients.

J'en reviens à ce que je disais. Nous devrions décloisonner ces modèles et poser la question: «Quelles sont les innovations qui, si elles étaient introduites dans l'ensemble du système, seraient utiles, de l'avis général, et permettraient de favoriser l'atteinte des objectifs en matière de santé?» *tf="Times">* Le fait d'associer la réforme à un modèle particulier de financement entrave l'acceptation des médecins.

C'est bien beau que l'Association médicale de l'Ontario l'ait accepté, mais jusqu'à maintenant, que je sache, un seul réseau de santé familiale a été approuvé. Nous ne sommes pas sûrs que 80 p. 100 des gens seront attirés par ce modèle, comme le gouvernement l'espère. Nous pourrions faire des progrès plus importants que ceux qui ont été faits par cette innovation. J'en suis toutefois content. Je pense que le mode de financement est beaucoup plus créateur que tout autre régime de financement proposé auparavant. Ce que je crains, c'est qu'on ait associé le tout à d'autres éléments qui pourraient être mis en oeuvre de façon beaucoup plus généralisée s'ils étaient dissociés d'un mode de paiement précis.

Le sénateur Fairbairn: Comme nous sommes un groupe formé de législateurs, je voudrais m'attarder à la Loi canadienne sur la santé. Le Dr Hutchison a fait remarquer que nos soins primaires continuent d'être conditionnés par ce que vous appelez «l'héritage

Care Act. Mr. Ferguson noted that, while the medical world has changed considerably from the period 1964 to 1968, the fundamentals of the act have not.

Dr. Hutchison, you indicated in this section on the policy environment that, in your view, the way in which the comprehensiveness of a portion of the Canada Health Act has been defined by practice has limited innovation in primary health care reform. I believe the act states the need for reasonable compensation for physicians but does not require fee-for-service remuneration.

In the course of this study, at some point we must arrive at some conclusions. I would like both of you to, first, discuss alternative modes of remuneration for physicians — such as capitation or a blended formula — through the perspective of the Canada Health Act.

Second, do either of you believe the time has come to actually change the principles of the Canada Health Act? This is a question that delves deep into the area in which we work, because it the Canadian people view it as a protection. Perhaps there are ways of enhancing it. If you dive into it, then the explosive political events that will be triggered could either lead us into a great new world or into a big mess.

Could you comment on that, Dr. Hutchison, particularly as it relates to the points you mentioned in your brief?

Dr. Hutchison: On the discussion of remuneration methods, I would recommend that you peruse the paper I provided along with my brief. It gives a fair amount of detail about the evidence related to the effects of various approaches to physician payment.

As to the constraints of the Canada Health Act around physician remuneration, there is no reason why there could be forms of remuneration other than fee-for-service. My point about policy legacies was that, in some sense, there was a founding bargain between the state and the medical profession at the time medicare was introduced that included physician discretion over the method of payment, so that there was an implicit obligation on governments to come to terms with physicians around payment mechanisms. It is not so much the specifics of the legislation but that that legislation flowed out of a fundamental accommodation made in the 1960s when medicare was introduced, first in Saskatchewan and then more broadly.

As to opening up the Canada Health Act, you have summed it up beautifully. It depends on what you would like to achieve. Some wish to open it up in order to reduce the public role in funding particularly; others wish to open it up to broaden the federal role in funding and the implied broader role of influencing the shape of the health care system that would go with that broader scope. It is clearly a political calculation that ultimately

de politiques», dont l'un des éléments les plus puissants est la Loi sur l'assurance-maladie. M. Ferguson a fait remarquer que, même si le monde de la médecine a changé considérablement entre 1964 et 1968, les éléments de base de la loi n'ont pas changé.

Docteur Hutchison, vous avez dit dans ce passage sur l'environnement de politiques qu'à votre avis, la façon dont l'intégralité énoncée dans des dispositions de la Loi canadienne sur la santé a été définie en pratique, a limité l'innovation dans la réforme des soins de santé primaires. Je pense que la loi stipule qu'il faut assurer une rémunération raisonnable aux médecins, mais n'exige pas que ceux-ci soient payés à l'acte.

Nous avons entrepris une étude et, à un moment donné, nous devrons tirer des conclusions. Je voudrais que nos deux témoins, premièrement, nous parlent de divers modes de rémunération des médecins, par exemple la capitation ou bien une formule mixte, dans l'optique de la Loi canadienne sur la santé.

Deuxièmement, est-ce que l'un ou l'autre d'entre vous croit que le temps est venu de changer les principes mêmes de la Loi canadienne sur la santé? C'est une question qui touche de très près le domaine dans lequel nous travaillons, parce que la population canadienne considère que cette loi représente une certaine protection. Peut-être qu'il y aurait moyen de l'améliorer. Si l'on décidait de s'attaquer à cette tâche, cela déclencherait une cascade d'événements politiques explosifs qui pourraient déboucher sur un monde nouveau et merveilleux ou bien sur un terrible gâchis.

Pourriez-vous nous donner votre opinion là-dessus, docteur Hutchison, en particulier dans l'optique de ce que vous dites dans votre mémoire.

Le Dr Hutchison: Au sujet du mode de rémunération, je vous recommande de lire le document que je vous ai fait parvenir en même temps que mon mémoire. On y présente de façon assez détaillée les faits relativement aux répercussions de diverses méthodes de paiement des médecins.

Quant aux contraintes de la Loi canadienne sur la santé en ce qui a trait à la rémunération des médecins, il n'y a aucune raison d'envisager d'autres formes de rémunération que le paiement à l'acte. Ce que je voulais dire, quand j'ai parlé de l'héritage des politiques, c'est que, dans une certaine mesure, l'État et la profession médicale ont conclu un marché à l'époque où l'on a créé l'assurance-maladie, les médecins se réservant un droit de regard sur le mode de rémunération, de sorte que les gouvernements avaient implicitement l'obligation de s'entendre avec les médecins en ce qui a trait aux mécanismes de rémunération. Ce n'est pas tellement la loi elle-même, mais plutôt le fait que cette loi découle d'une sorte de contrat fondamental conclu dans les années 60, quand l'assurance-maladie a été créée, d'abord en Saskatchewan et ensuite dans l'ensemble du pays.

Pour ce qui est de rouvrir la Loi canadienne sur la santé, vous avez magnifiquement résumé l'affaire. Cela dépend de ce que vous aimeriez faire. Certains voudraient rouvrir la loi pour réduire le rôle des services publics, en particulier pour le financement; d'autres veulent au contraire étendre davantage le rôle fédéral en matière de financement et le rôle plus général et implicite qui consiste à influencer l'évolution du régime d'assurance-maladie,

must be made. Some of us — and I include myself — would like to see the scope of medicare broadened from the required physician and hospital services to include the sectors that are becoming increasingly prominent.

Senator Fairbairn: Are you referring to an area such as home care?

Dr. Hutchison: I refer to areas such as home care and pharmaceuticals. I think many people are worried about the risk involved in opening it up. It may not have a broadening effect, but, rather, result in a reduction of public funding and management of the health care system. I do not know how that decision will be made.

Mr. Ferguson: As the Canada Health Act has been used, I think it has been disastrous. Its vague wording contributed to its being used as almost a threat to block any kind of experimentation with alternative approaches to delivering care that provinces might have wanted to implement. I do not think there is anything in the basic principles that blocks any alternative payment mechanism.

What we really need, when we talk about opening up the Canada Health Act, is to go back to the question of what exactly are medically necessary services, which is a term that has caused us no end of trouble for pretty much the whole of the life of medicare. In the context of considering bringing home care, pharmacare or whatever under the broad umbrella of the Canada Health Act, we need to open up the whole question of how we decide what items of care are covered. At the moment, it is defined by where they are performed. You are all familiar with the case of patients who can get medication free when in hospital but do not have drug coverage when they go home again, which frequently results in them having to stay in hospital longer than necessary.

In the process of considering those patients, we need to go back and open up the question of which items of care are appropriate for being paid out of the public purse and which should be left to individual responsibility. When we have done that over the years, it has been done on a very ad hoc basis. If you want to cause a real explosion, I suggest that we actually follow the Oregon exercise in trying to decide what should be covered.

The Canada Health Act is written too vaguely for its own good and for medicare's own good. I believe we need definition of some terms that sound good but which may well mean different things to different people, "medical necessity" being perhaps the most obvious of them.

Senator Keon: I will bring you back to the economics of primary care reform. It seems we have fallen into a conundrum. It is the perception — indeed, it is fundamentally the rule — that if we cannot see cost-effectiveness upfront in moves to reform

cette influence allant de pair avec le financement plus généreux. En fin de compte, c'est un calcul politique qu'il faudra faire. Certains, dont je suis, voudraient que l'on étende davantage la portée de l'assurance-maladie de manière à assurer non seulement les services des médecins et des hôpitaux, mais aussi d'autres secteurs qui prennent de plus en plus d'importance.

Le sénateur Fairbairn: Vous faites allusion à des dossiers comme les soins à domicile?

Le Dr Hutchison: Des dossiers comme les soins à domicile et l'assurance-médicaments. Je pense que bien des gens s'inquiètent et trouvent qu'il y a des risques à rouvrir cette loi. Le résultat pourrait être le contraire de ce que l'on recherche, c'est-à-dire qu'au lieu d'étendre la portée, on pourrait se retrouver avec une réduction du financement public et de la gestion publique du régime d'assurance-maladie. J'ignore comment cette décision sera prise.

M. Ferguson: De la façon dont la Loi canadienne sur la santé a été appliquée, je pense qu'elle a été catastrophique. En partie parce que sa formulation est vague, elle a été utilisée quasiment comme une menace pour bloquer toute expérimentation et empêcher les provinces de mettre à l'essai des solutions différentes pour la prestation des soins de santé. Je ne pense pas que les principes de base de la loi empêchent de mettre à l'essai des mécanismes de rémunération différents.

Ce dont nous avons vraiment besoin, puisqu'il est question de rouvrir la Loi canadienne sur la santé, c'est de revenir sur la question de ce qui constitue vraiment des services médicalement nécessaires, expression qui nous a causé des ennuis sans fin depuis le début de l'assurance-maladie. Si l'on envisage de faire de la Loi canadienne sur la santé une sorte de loi cadre englobant les soins à domicile, l'assurance-médicaments et d'autres activités, nous devons réfléchir à toute la question du mécanisme par lequel on décide quels soins de santé sont assurés. À l'heure actuelle, c'est l'endroit où les services sont dispensés qui détermine s'ils sont assurés ou non. Vous avez tous entendu parler du cas des patients qui obtiennent des médicaments gratuitement pendant qu'ils sont à l'hôpital, mais qui doivent les acheter quand ils retournent à la maison, ce qui les oblige souvent à faire des séjours à l'hôpital plus longs que nécessaire.

En ayant à l'esprit le cas de ces patients, nous devons reconsidérer toute la question de savoir quels soins de santé doivent être payés à même les deniers publics et lesquels doivent être assumés par les particuliers. Au fil des années, nous avons fait ce choix de façon peu systématique. Si vous voulez provoquer une véritable explosion, je vous invite à vous inspirer du modèle de l'Oregon pour décider de ce qui doit être assuré.

La Loi canadienne sur la santé est rédigée de façon trop vague, ce qui est mauvais à la fois pour l'atteinte des objectifs de la loi et pour le régime d'assurance-maladie. Je pense qu'il faut définir certains termes dont le sens peut varier selon les gens, le plus évident étant sans doute l'expression «médicalement nécessaire».

Le sénateur Keon: Je vous ramène à l'aspect économique de la réforme des soins primaires. Il semble que nous soyons dans un dilemme. Nous nous butons à la perception, qui est en fait devenue une règle fondamentale, voulant que si un projet de

primary care, we do not go there. Consequently, the whole possible vision of a network of allied health institutions that could download the hospital sector and provide many services, I believe, at a fraction of the cost that hospitals are providing them now, has not occurred. We had a rigid set of rules from the provinces, which I can understand because they are facing terrible financial hardship, governing whether you are a hospital or not, and if you are not, you do not dare house a patient.

We have not had a structural framework provided that would allow the evolution of primary care along the lines that you have been talking about, Dr. Hutchison. I think the barrier to that has been an economic one. Perhaps we have been afraid to come out and say, "This is going to cost us upfront; it may or may not have long-term implications; it certainly is going to be easier and a lot better for the patients if we do this." I would ask for your comments.

Dr. Hutchison: I agree with you that innovation should be linked with rigorous evaluation, because we do not often know upfront whether something will achieve the objectives we set for it. Often, when we do make changes, we do not put in place the kind of rigorous evaluation that allows us to make corrections if things are not going well, to discard failed innovations, and to build on ones that are successful.

I think we need a different attitude toward policy development, one that provides opportunities for innovation, but ties them tightly with high-quality and timely evaluation so that we learn from these experiences.

We spend a lot of time arguing in advance about what will be the effect of a given change rather than saying, "Well, let's try it out, but let's do it in a way that uses resources appropriately." If it is a high-risk, uncertain venture, we do it on a small scale under controlled conditions with careful evaluation of both the process of implementation and outcomes.

If it is something for which there is very strong evidence to indicate that it will be effective, we introduce it on a broader scale, but always linked with effective evaluation. However, if things are to change, there must be a willingness to invest in change as opposed to trying to look for cheap solutions such as tinkering with payment mechanisms and hoping everything will fall into place without having to spend money.

I do not know whether the fiscal climate has sufficiently changed so that decision makers are prepared to do that. It seems to me that in recent surveys the public sees health care as a priority and is willing to see increased taxes devoted to health care. The block to health care investment is partly fiscal, but it is

réforme des soins primaires ne présente pas d'avantages immédiats en termes d'économie et de réduction des coûts, cela devient impossible. En conséquence, on a évacué toute possibilité de mettre en place un réseau d'établissements de santé interdépendants qui pourraient prendre le relais des hôpitaux et fournir de nombreux services, à mon avis, à une fraction de ce que ces services coûtent actuellement dans les hôpitaux. Nous sommes liés par une série de règles rigides décrétées par les provinces, ce que je peux comprendre parce qu'elles sont aux prises avec de terribles difficultés financières, et tout établissement qui n'est pas conforme à ces règles n'a pas droit au titre d'hôpital et encourt donc les foudres des autorités s'il ose héberger un patient.

On ne nous a pas fourni de cadre structurel qui permettrait l'évolution des soins primaires dans le sens de ce que vous proposez, docteur Hutchison. Je pense que l'obstacle est de nature économique. Peut-être que nous avons eu peur de dire carrément: ceci va nous coûter au départ; cette mesure pourrait avoir des conséquences à long terme; ce sera certainement plus facile et beaucoup mieux pour les patients si nous faisons telle ou telle chose. Je vous invite à commenter cet aspect.

Le Dr Hutchison: Je conviens avec vous que l'innovation doit être liée à une évaluation rigoureuse, parce qu'il arrive souvent que nous ignorons au départ si une mesure quelconque permettra vraiment d'atteindre les objectifs que nous fixons. Souvent, quand nous faisons des changements, nous ne mettons pas en place le mécanisme d'évaluation rigoureuse qui nous permettrait d'apporter des corrections si tout ne va pas comme prévu, de mettre de côté les innovations qui ont échoué, et de renforcer au contraire celles qui sont couronnées de succès.

Je pense que nous devons adopter une attitude différente pour l'élaboration des politiques, une attitude qui laisse la place à l'innovation, pourvu qu'elle s'accompagne d'une évaluation rapide et de grande qualité, afin que l'on puisse tirer la leçon de ces expériences.

Nous passons beaucoup de temps à discuter à l'avance des effets éventuels d'un changement proposé, au lieu de dire: «Eh bien, mettons cela à l'essai, mais faisons-le d'une manière judicieuse dans l'utilisation des ressources.» S'il s'agit d'une innovation risquée et pleine d'incertitude, il faut procéder sur une petite échelle et dans des conditions contrôlées, en évaluant soigneusement à la fois le processus de mise en oeuvre et les résultats obtenus.

Si l'on a au contraire de très solides arguments indiquant que la mesure proposée sera efficace, on peut l'introduire sur une plus grande échelle, mais toujours associée à une évaluation efficace. Par contre, si nous voulons vraiment du changement, nous devons être disposés à investir dans le changement, au lieu d'essayer de trouver des solutions bon marché, par exemple en retouchant les mécanismes de paiement et en espérant que tout nous tombera tout cuit dans le bec, sans qu'on ait à dépenser de l'argent.

Je ne sais pas si le climat financier a suffisamment changé pour que les décideurs soient prêts à le faire. Il me semble que d'après les derniers sondages, la santé est prioritaire aux yeux du public, qui accepterait donc que l'on augmente les impôts consacrés à la santé. L'obstacle qui bloque les investissements en santé est en

also partly ideological. What really seems to count in policy-making is cost control — not even efficiency because efficiency is something different from controlling costs. It is hard to garner the enthusiasm of the public and health care providers when, from a social value perspective, what seems to be a pretty puny goal is driving change.

Mr. Ferguson: I would agree that we have, as it stands, far too rigid a system that does not allow experimentation on a large scale or on a small scale. What we really need to do is build in flexibility rather than pilot projects, although any change that comes from that flexibility must be carefully evaluated.

Incidentally, in connection with something else you mentioned almost in passing — cost-effectiveness — I would point out that the effectiveness side of it, if done properly, could include a lot of patients' subjective well-being and not just purely medical outcomes. Patients are much happier if they can get into home care rather than having to stay in a hospital bed.

In terms of overall objectives of the system that should be part of the effectiveness measure. We hear the word "stakeholder" tossed around a lot in this debate. There is one stakeholder who matters in the health care system and that is the patient.

In connection with the cost control issue, we have lost sight of the distinction between long-run costs and short-run costs. Many of the proposals for reform that are being kicked around are going to wind up being blocked because they would increase our costs in the short run, even if they were to result in long-run savings. I would mention home care in this regard.

I suspect you have heard figures indicating that it costs \$400 a day to treat a patient in hospital and about \$80 a day to treat that patient in home care. Those figures do not make sense. To come to that \$400 a day, take total in-patient costs and divide by the total bed days. A patient who is eligible for home care is not using \$400 worth of resources while he is in hospital, he is probably using \$80 worth of resources. If you move him out of hospital and into home care, he will still be using those \$80 in resources.

The idea is to get the less sick people out sooner and the sicker people in sooner. That sicker patient will require more treatment, will be more resource intensive, that is, will be more costly. If you implement a home care program that gets people out of hospital sooner, and you do not close the beds but you use those beds to get other people into hospital sooner, the total hospital costs will go up. That is a short-run cost increase. In the long run there will be more efficient use of the hospitals. As the population ages, the more efficient use you can make of those hospital beds, the fewer of them you will have to build. A new bed does cost \$400 a day

partie d'ordre financier, mais en partie idéologique. Ce qui semble vraiment compter aux yeux des décideurs, c'est le contrôle des coûts, pas même l'efficacité, parce que l'efficacité, c'est autre chose que de simplement enrayer l'augmentation des coûts. C'est difficile de soulever l'enthousiasme du public et des fournisseurs de soins de santé quand, du point de vue des valeurs sociales, le changement semble être dicté par un objectif assez mesquin.

M. Ferguson: Je reconnais que nous avons à l'heure actuelle un système beaucoup trop rigide qui ne permet pas l'expérimentation sur une grande ou une petite échelle. Ce dont nous avons vraiment besoin, c'est d'une plus grande souplesse dans le système plutôt que de projets pilotes, bien que tout changement introduit grâce à cette souplesse doit être soigneusement évalué.

Je voudrais revenir sur quelque chose d'autre que vous avez mentionné presque en passant, nommément le rapport coût-efficacité. Je signale que l'aspect efficacité, si l'on s'y prend bien, pourrait inclure beaucoup d'aspects mettant en cause le bien-être subjectif des patients, pas seulement des résultats purement médicaux. Les patients sont beaucoup plus heureux s'ils peuvent se faire soigner à domicile, au lieu d'être obligés de rester à l'hôpital.

Cet aspect devrait compter dans la mesure de l'efficacité, dans l'optique des objectifs généraux du système. On entend souvent le terme «intervenant» dans ce débat. Il y a un intervenant qui compte pour beaucoup dans le système de soins de santé, et c'est le patient.

Au sujet du contrôle des coûts, nous avons perdu de vue la distinction entre les coûts à long terme et les coûts à court terme. Beaucoup de propositions de réforme que l'on avance de part et d'autre se butent à une fin de non-recevoir parce qu'elles augmenteraient nos coûts à court terme, même si elles permettraient de réaliser des économies à long terme. Je crois que c'est le cas des soins à domicile.

Je pense que vous avez entendu des chiffres selon lesquels il en coûte 400 \$ par jour pour soigner un patient à l'hôpital et environ 80 \$ par jour pour soigner le même patient à la maison. Ces chiffres n'ont aucun sens. Pour aboutir à ce chiffre de 400 \$ par jour, on prend le coût total de l'hospitalisation et l'on divise par le nombre de jours-patients. Un patient qui est admissible aux soins à domicile n'utilise pas 400 \$ de ressources pendant qu'il est à l'hôpital, il en utilise probablement 80 \$. Si on le fait passer de l'hôpital à un programme de soins à domicile, il continuera d'utiliser les mêmes 80 \$ de ressources.

L'idée est de faire sortir plus vite les gens moins malades et de faire rentrer plus vite les gens plus malades. Le patient plus malade exige plus de traitements et plus de ressources, c'est-à-dire qu'il est plus coûteux. Si l'on établit un programme de soins à domicile qui permet aux malades de recevoir leur congé de l'hôpital plus vite, et si l'on ne ferme pas les lits d'hôpitaux ainsi dégagés mais qu'on les utilise plutôt pour faire entrer plus vite à l'hôpital d'autres malades, le coût total des hôpitaux va augmenter. C'est une augmentation de coûts à court terme. À long terme, il y aura une utilisation plus efficiente des hôpitaux.

because its total costs have to be covered, one way or another.

If what you are looking for from home care, for example, is a short-run cost savings, you will not get it ultimately. It will only generate a long-run cost saving. Unless we are very clear on its investment, are you prepared to spend now in order to save in the future? If what we are saying is, "We cannot spend one penny more tomorrow than we are spending today," then we are going to foreclose an awful lot of promising investment opportunities.

Dr. Hutchison: I would like to take that further. It is not always a case of investing now for future savings, it may be investing now for future improvements in health and well-being. It may be that we spend more, not just because we are going to save money, or maybe in spite of the fact we will not save money, but because, as a society, we decide it is worth investing in improved health and well-being even at an increased cost. We seem to be in a time where it is not acceptable to talk about an expenditure as an investment in health as opposed to an expenditure that will save money now or next year. It is demoralizing for those who are working in the health care sector that that seems to be the prevailing attitude.

Mr. Ferguson: I agree with that completely. We are going to want to deliver more and more services to raise the medical or health-related quality of life — very broadly defined — in the future. We need to take advantage of investment opportunities now, which will allow us, even if they are cost increasing in the long run, to get appreciable increases in health status and quality of life in the future.

Dr. Hutchison: At reasonable cost.

Senator Keon: Mr. Ferguson, I want to bring you back to something to think about. Currently, I am a hospital CEO. While, hypothetically, it may be cheaper to have a patient in-house, the fact is that you cannot reduce costs below a certain level in a hospital setting, because of union rules, quality assurance and all of that. I would like to see economic arguments evolve that would display the enormous savings that I think are there. Savings are a great motivation for allied health institutions, particularly the smaller ones that have the flexibility to get out of the conundrum that the hospital system does not have at this time.

Mr. Ferguson: Smaller, specialized institutions can — and I believe this is a point that has been made to this committee before — achieve gains from specialization, which a larger,

Comme la population vieillit, plus on peut utiliser de façon efficiente les lits d'hôpitaux, moins il faudra construire d'hôpitaux. Un nouveau lit coûte en effet 400 \$ par jour parce que son coût total doit être comptabilisé d'une manière ou d'une autre.

Si l'objectif que vous recherchez en mettant en place un programme de soins à domicile, par exemple, est de réaliser des économies à court terme, vous n'atteindrez pas cet objectif. Il y aura des économies de coûts, mais à long terme seulement. A moins que l'on dise très clairement qu'il s'agit d'un investissement, êtes-vous disposé à dépenser maintenant pour économiser à l'avenir? Si l'on décrète que «nous ne pouvons pas dépenser un sou de plus demain que ce que nous dépensons aujourd'hui», alors on va exclure et rater énormément de possibilités d'investissement prometteuses.

Le Dr Hutchison: J'irais encore plus loin. Il ne s'agit pas toujours d'investir aujourd'hui pour économiser à l'avenir, il faut parfois investir aujourd'hui pour obtenir de futures améliorations au chapitre de la santé et du bien-être. Peut-être bien que nous dépensons plus, non seulement parce que nous voulons faire des économies à l'avenir, ou peut-être en dépit du fait que nous ne ferons pas d'économies, mais parce que, en tant que société, nous décidons qu'il vaut la peine d'investir dans une meilleure santé et un plus grand bien-être, même s'il en résulte une augmentation des coûts. On dirait qu'à notre époque, ce n'est pas acceptable de présenter une dépense comme un investissement dans la santé, par opposition à une dépense qui permettra d'économiser de l'argent tout de suite ou l'année prochaine. C'est démoralisant pour ceux qui travaillent dans le secteur des soins de santé de toujours se buter à cette attitude qui semble généralisée.

M. Ferguson: Je suis absolument d'accord là-dessus. À l'avenir, nous voudrions dispenser des services de plus en plus nombreux pour rehausser la qualité de la vie au chapitre de la santé, défini de façon très générale. Nous devons profiter dès maintenant des possibilités d'investissement qui nous permettront, même si elles entraînent une augmentation des coûts à long terme, d'obtenir des résultats appréciables en termes d'amélioration de la santé et de la qualité de la vie à l'avenir.

Le Dr Hutchison: À un coût raisonnable.

Le sénateur Keon: Monsieur Ferguson, je voudrais revenir sur un point auquel je vous invite à réfléchir. Je suis actuellement directeur général d'un hôpital. Hypothétiquement, il pourrait être possible de réduire le coût de l'hospitalisation, mais c'est un fait que l'on ne peut pas réduire les coûts en deçà d'un certain niveau en milieu hospitalier, à cause de la syndicalisation, de l'assurance de la qualité, et cetera. Je voudrais que l'on approfondisse les arguments économiques mettant en évidence les économies énormes que je crois possible. Les économies sont une excellente source de motivation pour les établissements de santé, surtout les plus petits qui ont la souplesse voulue pour résoudre ce dilemme, par opposition aux grands hôpitaux.

M. Ferguson: Les petits établissements spécialisés — je pense que c'est un argument qui a déjà été présenté au comité — peuvent réaliser des gains grâce à la spécialisation, tandis qu'un

general hospital will have a lot of trouble achieving. That is, in principle, a good way to go, because the more efficiency gains we can get from the existing resources the better.

We have lagged in the past in introducing many of these things primarily because our funding formulas did not allow for them. Back in the cost-sharing days, these things could not be cost shared, so patients had to stay in hospitals. These days, because we fund things differently, depending on the location of the treatment, it is not in the interest of the hospital administrator necessarily to move patients out because his budget will not go up in proportion to the increased severity of the caseload that he will be handling because he has put in a convalescent care structure, for example, and moved sicker patients into hospital.

In terms of economic arguments, it comes down to the efficiency with which we use our resources, when you define efficiency in terms of improving welfare rather than just reducing your bottom line.

The committee adjourned.

grand hôpital à vocation plus générale est en difficulté à ce chapitre. En principe, c'est une bonne solution, parce que plus on peut réaliser des gains d'efficacité à même les ressources existantes, mieux c'est.

Dans le passé, nous avons mis du temps à introduire beaucoup de ces éléments, surtout parce que notre formule de financement ne le permettait pas. À l'époque du partage des coûts, de telles mesures ne pouvaient s'inscrire dans des programmes de partage des coûts, de sorte que les patients devaient rester à l'hôpital. De nos jours, nous finançons les programmes différemment, selon la source du traitement, et il n'est pas dans l'intérêt de l'administrateur d'hôpital de donner nécessairement leurs congés aux patients, parce que son budget n'augmente pas nécessairement proportionnellement à la gravité accrue des cas hospitalisés, par exemple parce qu'il aurait mis en place un programme de convalescence externe pour remplacer les convalescents par des malades nécessitant plus de soins.

Sur le plan économique, tout cela revient à l'efficacité avec laquelle nous utilisons nos ressources, l'efficacité étant définie en termes d'amélioration globale du mieux-être et non pas seulement en fonction de la réduction des dépenses.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Communication Canada – Publishing
Ottawa, Ontario K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Communication Canada – Édition
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

WITNESSES

From McMaster University — Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA):

Dr. Brian Hutchison, Director.

From the University of Guelph:

Professor Brian Ferguson, Department of Economics.

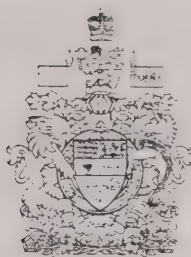
TÉMOINS

De l'Université McMaster — Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA):

Le Dr. Brian Hutchison, directeur.

De l'Université de Guelph:

M. Brian Ferguson, professeur, Département des sciences économiques



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

Première session de la
trente-septième législature, 2001-2002

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Monday, June 3, 2002

Le lundi 3 juin 2002

Issue No. 59

Fascicule n° 59

Fifty-sixth meeting on:
The state of the health care system in Canada

Cinquante-sixième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Keon
* Carstairs, P.C.	* Lynch-Staunton
(or Robichaud, P.C.)	(or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Change in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Cook substituted for that of the Honourable Senator Stollery (*June 3, 2002*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Keon
* Carstairs, c.p.	* Lynch-Staunton
(ou Robichaud, c.p.)	(ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modification de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Cook substitué à celui de l'honorable sénateur Stollery (*le 3 juin 2002*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Monday, June 3, 2002
(70)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in room 257, East Block, at 9:00 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Keon, Kirby, Morin and Robertson (7).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the Committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see proceedings of the committee, Issue No. 2.*)

WITNESSES:

From the University of Toronto, Department of Health Policy, Management and Evaluation:

Professor Raisa Deber.

From the University of British Columbia:

Professor Robert G. Evans, Department of Economics and Centre for Health Services and Policy Research.

From the Canadian Taxpayers Federation:

Mr. Walter Robinson, Federal Director.

From the Conference Board of Canada:

Mr. Paul Darby, Director, Economic Forecasting.

As an individual:

Mr. David Kelly.

The Chair made a statement.

Mr. Darby made a statement. Professor Evans made a statement. Mr. Kelly made a statement. Professor Deber made a statement. Mr. Robinson made a statement. The witnesses answered questions.

At 10:58 a.m., the sitting was suspended.

At 11:07 a.m., the sitting was resumed.

The witnesses continued to answer questions.

At 1:00 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le lundi 3 juin 2002
(70)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, Morin et Robertson (7).

Également présents: Odette Madore et Howard Chodos, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son examen spécial sur l'état du système de soins de santé au Canada. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi se trouve dans le fascicule n° 2 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS:

Du Département de la politique sanitaire, de la gestion et de l'évaluation des soins de l'Université de Toronto:

Mme Raisa Deber.

De l'Université de la Colombie-Britannique:

M. Robert G. Evans, Département des sciences économiques et Centre pour la recherche sur les services et les politiques sanitaires.

De la Fédération des contribuables canadiens:

M. Walter Robinson, directeur fédéral.

Du Conference Board du Canada:

M. Paul Darby, directeur, Prévisions économiques.

À titre personnel:

M. David Kelly.

Le président fait une déclaration.

M. Darby fait un exposé. M. Evans fait un exposé. M. Kelly fait un exposé. Mme Deber fait un exposé. M. Robinson fait un exposé. Les témoins répondent aux questions.

À 10 h 58, la séance est suspendue.

À 11 h 07, la séance reprend.

Les témoins continuent de répondre aux questions.

À 13 heures, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

*Clerk of the Committee***EVIDENCE**

OTTAWA, Monday, June 3, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:00 a.m. to examine the state of the health care system in Canada

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, today we will continue our discussion of the reform of Canada's health care system. Our subject today is the methods of financing health care. The committee has already dealt with the question of additional federal revenues at other hearings and has taken the position that they will be required. The question before us is, essentially, if new federal money is required, what are the most appropriate means of raising it? How should individual Canadians contribute revenues to the federal government so that it, in turn, is able to substantially increase its contributions to the Canadian health care system? Our purpose in this round table is to put before the committee, and before Canadians, a series of options for raising additional federal revenue for health care.

We have with us today a panel of experts from across the country, including Professor Raisa Deber, Professor Robert Evans, Mr. Walter Robinson, Mr. Paul Darby and Mr. David Kelly.

Mr. Paul Darby, Director, Economic Forecasting, The Conference Board of Canada: The Conference Board of Canada is certainly in agreement with the Senate committee's conclusion that current funding of health care in Canada is not sustainable. We have done a fair amount of work forecasting health care expenditures as far ahead as the year 2020, and looking at forecasts of provincial and federal budget situations. We have concluded that, indeed, over the next 20 years, various forces will put enormous pressure on the health care system in Canada.

We wish to note that those pressures are not just 20 years down the road, but are also pressing fairly heavily on provincial budgets. When we look at real per-capita health care spending at the provincial level, we see that by 1998 it was already back to the 1992 peak. The cuts in health care spending that took place in the 1990s are now beginning to look like a small blip in a substantial upward trend. From 1996 to 2001, real per-capita health care spending grew at 4.4 per cent per year in this country. That is enormous. We are now well above the 1992 peak.

Yet, in spite of these substantial increases in health care spending on a real per-capita basis — and let me again emphasize a "real per-capita basis" — and, under all normal economic measures, the fact that we should be looking at much higher volumes of delivery, people still seem to feel that the system is

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 3 juin 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Honorables sénateurs, nous poursuivons aujourd'hui nos discussions sur la réforme du système de soins de santé au Canada. Aujourd'hui nous allons aborder les méthodes de financement du système de soins. Le comité s'est déjà penché sur la question des recettes fédérales additionnelles lors d'autres audiences et a adopté la position que ces recettes seront nécessaires. La question qui se pose maintenant est celle-ci: Si de l'argent frais du fédéral est nécessaire, quels seraient les moyens les plus appropriés pour réunir ces fonds? De quelle façon les Canadiens devraient-ils apporter leur contribution aux recettes pour que le gouvernement fédéral puisse sensiblement augmenter son financement du système canadien de soins de santé? L'objet de cette table ronde est de présenter au comité et à l'ensemble des Canadiens une série d'options qui permettront de réunir des fonds fédéraux additionnels à l'intention du système de soins de santé.

Nous accueillons ce matin un groupe d'experts venant de tous les coins du pays, à savoir Mme Raisa Deber, M. Robert Evans, M. Walter Robinson, M. Paul Darby et M. David Kelly.

M. Paul Darby, directeur, Prévisions économiques, Conference Board du Canada: Le Conference Board du Canada est certainement d'accord avec le comité sénatorial pour conclure que le niveau de financement actuel du système de soins au Canada n'est pas suffisant. Nous avons préparé pas mal de prévisions des dépenses sanitaires d'ici à l'an 2020, en essayant de prévoir un peu quels seraient les budgets provinciaux et fédéral. Nous avons conclu qu'au cours des 20 prochaines années, des pressions considérables s'exerceront sur le système canadien de soins de santé.

Nous tenons à vous signaler que ces pressions ne vont pas s'exercer dans 20 ans seulement; elles ont pour résultat de comprimer les budgets provinciaux également. Sur le plan des dépenses sanitaires réelles par habitant au niveau provincial, nous avons constaté qu'en 1998 ces dépenses correspondaient déjà au maximum atteint en 1992. La réduction des dépenses sanitaires pendant les années 1990 semble correspondre de plus en plus à une petite déviation de cette tendance importante à la hausse. Entre 1996 et 2001, les dépenses sanitaires réelles par habitant ont augmenté de 4,4 p. 100 par année au Canada. C'est énorme. Nous avons largement dépassé le sommet atteint en 1992.

Mais malgré ces hausses considérables des dépenses sanitaires réelles par habitant — et j'insiste encore une fois sur le fait qu'il s'agit de dépenses «réelles par habitant» — et le fait que selon des mesures économiques normales, nous devrions nous attendre à un niveau de prestation des services beaucoup plus élevé, les gens

inadequate, as reflected in various polls. At the same time, when we examine the polls, and the Conference Board pays some attention to value surveys of Canadians, it seems clear that they still feel that the health care system is a huge priority and do not wish to see it disrupted.

Reacting to these pressures, we would argue, provincial governments are obviously still paying an enormous amount of attention to health care. At the Conference Board, we fear that that is beginning to crowd out other areas of spending. If you look, for example, at increases in provincial spending between the 1999-2000 and 2001-02 budgets, over a three-year period, 63 per cent of the increases in spending went to health care and 20 per cent to education. The situation becomes even worse when we look at the 2001-02 budgets and on to the 2002-03 budgets, where 80 per cent of the increases in provincial government spending over those two years went to health care. The only way provinces such as British Columbia could finance this was to actually cut back on spending in other areas. This is a problem that we are beginning to see surface. This is not something that is 20 or even 10 years down the road. Health care spending is, if you like, quite a "monkey on the backs" of the provinces.

Briefly, the Conference Board's position on how to address the financing issues over the next 30 years tends towards consumption taxes, such as the GST. We would tend to try to avoid taxes on working, which would include income and payroll taxes. We sense that, at this point, taxes on consumption would probably have the least disincentive effects among the various tax options one could consider. We would also want to avoid taxes on capital, since we feel this puts a disincentive on investment. Other esteemed panellists would probably be in a better position to comment. We would certainly consider looking at specific, targeted taxes for health care, such as we already have in the employment insurance and the Canadian and Quebec pension plans, CPP/QPP. We would want to see a specific link between the taxation and the spending on health care, in the hopes that those taxes would, as a result, be much more politically palatable to the general public. It is clear, however, that with such targeted taxation, provincial governments especially would have to recognize that it limits their flexibility in determining what to do with tax revenue.

Professor Robert G. Evans, Department of Economics and Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia: Honourable senators, Mr. Darby has set up my remarks nicely. I do not find, in the evidence, support for his position that the system is unsustainable. Rather, I find that the proportion of national income in Canada being spent on medicare

semblent toujours croire que le système est insuffisant, comme l'indiquent d'ailleurs les divers sondages effectués. En même temps, quand on fait l'analyse des résultats des sondages — et le Conference Board attache pas mal d'importance aux sondages touchant les valeurs qui sont menés auprès de la population canadienne — il semble bien clair que les citoyens considèrent le système de soins de santé comme une grande priorité et ne veulent pas qu'on perturbe son bon fonctionnement.

Nous estimons que, face à ces pressions, les administrations provinciales continuent de prêter beaucoup d'attention au système de soins. Au Conference Board, nous craignons justement que cela les empêche d'investir dans d'autres secteurs. S'agissant, par exemple, de dépenses provinciales engagées entre les budgets de 1999-2000 et 2001-2002 — soit une période de trois ans — l'on constate que 63 p. 100 des hausses ont servi à financer le système de soins, par opposition à 20 p. 100 pour l'éducation. La situation s'aggrave encore davantage lorsqu'on examine les budgets de 2001-2002 et 2002-2003, où 80 p. 100 des hausses enregistrées au niveau des dépenses provinciales ont servi à financer les soins de santé au cours de ces deux années. Pour certaines provinces, comme la Colombie-Britannique, la seule façon de financer de telles hausses consistait à réduire les dépenses dans d'autres secteurs. Voilà donc un problème qui commence à faire surface. Ce n'est pas quelque chose qui va se passer dans 20 ou même dans 10 ans. Disons que les dépenses sanitaires commencent à représenter un fardeau permanent pour les provinces.

En résumé, la position du Conference Board en ce qui concerne la façon d'assurer le financement du système de soins au cours des 30 prochaines années a tendance à favoriser le recours accru aux taxes de consommation, comme la TPS. À notre avis, il faut essayer d'éviter des taxes et impôts qui touchent le travail, c'est-à-dire l'impôt sur le revenu et les charges sociales. Pour nous, les taxes de consommation auraient sans doute l'effet démobilisateur le moins important de toutes les options qu'on pourrait envisager en matière de fiscalité. Il faut aussi à notre avis éviter l'impôt sur le capital, puisque ça décourage l'investissement. D'autres experts ici présents seraient peut-être mieux placés que nous pour se prononcer sur la question. En ce qui nous concerne, il faut envisager d'imposer une charge spécifique pour les soins de santé, comme celle qui existe déjà pour l'assurance-emploi, le Régime de pensions du Canada et le Régime des rentes du Québec, soit le RPC/RRQ. Nous souhaitons qu'il y ait une corrélation directe entre l'impôt et les dépenses engagées au titre des soins de santé, dans l'espoir que ce type d'impôt soit beaucoup plus facile, sur le plan politique, à faire accepter par la population. Il s'ensuit, toutefois, que si le fédéral optait pour ce genre d'impôt sélectif, les administrations provinciales devraient reconnaître qu'elles auraient moins de marge de manœuvre pour ce qui est de décider de l'utilisation des recettes fiscales qui en découleraient.

M. Robert G. Evans, Département des sciences économiques et Centre pour la recherche sur les services et les politiques sanitaires, Université de la Colombie-Britannique: Honorables sénateurs, M. Darby a très bien présenté le sujet, à mon avis. Pour moi, les faits ne démontrent pas le bien-fondé de sa position, à savoir que le système actuel n'est pas viable. Je constate au contraire que

in 2001 is identical to the amount spent in 1975 — about 4.2 per cent. The curious rhetoric of unsustainability has its roots in other interests entirely, and Mr. Darby, on behalf of the Conference Board, has made those clear. However, they were also laid out clearly in a vigorous editorial written by Mr. Conrad Black after the last federal election, in which he poured contempt on Canada and all things Canadian, and particularly on the fact that Canadian governments “take money from those who earn it and give it to those who do not.” This is a true statement, if one leaves out the meaning of the word “earn,” because that is exactly what modern governments do — they take money from people who have a larger income and either give it to those who do not, or they use it to purchase services on their behalf.

Medicare is a major program — it is \$46 billion, nearly 5 per cent of national income — and it does precisely that. It is financed out of taxes that are borne most heavily by people with high incomes and is used to purchase services for the whole population. However, lower-income people use more of those services. Hence, it is a redistributive program. Mr. Black's agenda, which is widely shared, although few people have put it so explicitly, is directly anti-egalitarian. It is an inegalitarian agenda that you could call the “Black agenda,” if you wish. It is one of changing fiscal and program structures such that they transfer less income from high- to low-income people.

If that is your objective, which I think is widely shared among the highest-income people in Canada, although only Mr. Conrad Black is the kind of person who would put it in black and white, you can accomplish it in two different ways: Change the tax structure, which is proportionate or mildly progressive at present, to make it more regressive.

This is what Alberta and B.C. have done. They have cut their income tax and increased their poll taxes. When I say “poll taxes,” I mean health care premiums, as they are per-head taxes. They are not, except at the lower levels, sensitive to income.

A shift from income tax to a poll tax, a health care premium, means a transfer of income from low- and middle-income people up to the highest ends of the income distribution scale. The discussion of health care premiums versus income tax at the federal level is precisely a question of how much will the relatively wealthy pay, or how much tax relief will they get. That explains why you get so much anomalous rhetoric, what we call “zombies,” in the claims about non-sustainability or abuse of the system. All of these things have been refuted many times by the data, but keep coming back because they serve the interests of the inegalitarian agenda.

la proportion du revenu national consacrée aux soins médicaux au Canada en 2001 est identique à celle observée en 1975, soit environ 4,2 p. 100. Les arguments invoqués par ceux qui plaident la non-viabilité du système découlent d'autres intérêts, et M. Darby a très bien expliqué, au nom du Conference Board, en quoi consistent ces intérêts. Ils ont également été très bien définis dans un éditorial énergique rédigé par M. Conrad Black après les dernières élections fédérales dans lequel il exprimait son mépris pour le Canada et tout ce qui est Canadien, et notamment le fait que les gouvernements canadiens «prennent l'argent de ceux qui en gagnent et le donnent à ceux qui n'en gagnent pas». Ce qu'il dit est vrai, à condition d'éliminer le mot «gagne», car c'est exactement ça que font les gouvernements modernes: ils prennent l'argent de ceux qui ont un revenu plus important soit pour le donner à ceux qui n'en ont pas, soit pour acheter des services en leur nom.

L'assurance-santé correspond à un programme majeur — qui représente une dépense de 46 milliards de dollars, soit presque 5 p. 100 du revenu national — et c'est exactement ça qu'elle fait. Ce programme est financé à partir des impôts, impôts qui sont plus importants chez les personnes à revenu élevé, et ces recettes fiscales servent à acheter des services pour l'ensemble de la population. Cependant, les habitants à plus faible revenu ont davantage recours aux services. Par conséquent, il s'agit d'un programme de redistribution. La proposition de M. Black, qui a l'appui d'une forte majorité, même si peu de gens l'ont exprimée en termes si explicites, est directement anti-égalitaire. C'est une proposition inégalitaire qu'on pourrait appeler la «proposition Black», si vous voulez. Elle consiste à modifier la structure du régime fiscal et des programmes en général pour prévoir que les citoyens à revenu élevé transfèrent moins de leurs revenus aux citoyens à faible revenu.

Si tel est votre objectif — objectif qui a l'appui général des salariés à revenu élevé au Canada, même si M. Conrad Black est le seul à avoir voulu l'admettre ouvertement, il y a deux façons de l'atteindre: modifier la structure du régime fiscal, qui repose sur une formule proportionnelle ou légèrement progressive à l'heure actuelle, pour la rendre plus régressive.

Voilà ce qu'ont fait l'Alberta et la Colombie-Britannique. Ils ont réduit les impôts sur le revenu et augmenté la capitation — et par «capitation», j'entends les primes d'assurance-santé, puisqu'il s'agit de taxes par habitant. Ces dernières, sauf aux niveaux inférieurs, ne tiennent pas compte du revenu des particuliers.

En passant d'un impôt à une forme de capitation, soit une prime d'assurance-santé, on procède à un transfert de revenus depuis les habitants à revenu faible et moyen à ceux qui ont le revenu le plus élevé. Le débat actuel sur les avantages et les inconvénients des primes d'assurance-santé par opposition aux impôts directs au niveau fédéral s'articule autour du fait de savoir combien paieront les personnes relativement riches et de quels allègements fiscaux elles bénéficieront. Voilà pourquoi nous entendons tellement d'affirmations sur, ce que nous appelons des «zombies», à propos de la non-viabilité ou de l'abus actuel du système de soins. Toutes ces affirmations ont été infirmées à maintes reprises par les données, mais elles reviennent

This committee has largely dealt with the entire question of user fees and trying to make the system bear more heavily on those who are ill, and for good reason. The issue of tax structure can be addressed, and I have done so in the material I have given out, on the basis of a unique study done in Manitoba by Cameron Mustard and his colleagues some years ago. They were able to link together the utilization and cost patterns generated by specific individuals from the records in the health service programs with income levels from the census at the individual level, with remarkably stringent privacy considerations, which is just as it should be. It enables you to observe how much the amount contributed by people in different income brackets exceeded or fell short of the amount they used.

If you look at the tables at the back of my presentation, you will see the first one is sorted by income decile in Manitoba. Each of those deciles represented about 100,000 people at that time. The amount of money spent by all of the public health care programs for the permanently institutionalized population was about \$375 million. Then it drops down to the non-institutionalized lowest income, which is the number one decile. It falls all the way down to the middle, and then flattens out for the top five deciles. That is really where the money goes.

The next figure shows where it comes from. There is the same amount of money, through the tax system, and you can see that a very high proportion of the total raised, over \$400 million, comes from the top 10 per cent of the population, where there is much more income. Average family incomes in that decile were about \$120,000 in that year, compared with \$71,000 in the next decile down and about \$35,000 for the average. There is a lot of income at that level and they pay a lot of tax.

The next figure shows you the difference. It shows you who gains and who loses from a tax-funded system. The losers are in the top 10 per cent, where you and probably many of the people around this table and your witnesses are, Mr. Chairman. Most of the people you talk to on a regular basis are in that top decile that is supporting the system.

The next figure shows the same story, only now it is by percentage of consumable income, that is, income after taxes and transfers. Over 20 per cent in the bottom bracket of income are represented by the transfers under medicare. Put another way, if it

constamment sur le tapis parce que cette position cadre parfaitement avec les intérêts de ceux qui prônent la proposition inégalitaire.

Ce comité a déjà longuement examiné la question du ticket modérateur et des mesures qui permettraient de faire payer davantage ceux qui sont malades, et ce à juste titre. On peut envisager de modifier la structure fiscale, et j'ai justement abordé la question dans le document que je vous ai remis, en me fondant sur une étude unique menée au Manitoba par Cameron Mustard et ses collègues il y a quelques années. Ils ont réussi à établir une corrélation entre l'utilisation et les dépenses associées à diverses personnes, à l'aide des données recueillies dans le cadre des programmes de santé avec leur niveau de revenu individuel grâce au recensement, le tout en respectant des normes très rigoureuses en matière de confidentialité, ce qui est tout à fait normal. Mais cela permet de constater à quel point le montant de la cotisation de différents citoyens, dans diverses tranches de revenu, était supérieur ou inférieur au montant des charges qui correspondait à leur utilisation du système.

Si vous regardez les tableaux qui se trouvent à la fin de mon exposé, vous verrez que le premier présente une ventilation par décile de revenu au Manitoba. Chacun de ces déciles correspondait à 100 000 habitants à l'époque. La somme engagée pour l'ensemble des programmes publics de soins destinés aux personnes qui sont en établissement en permanence était de l'ordre de 375 millions de dollars. Après il y a une forte chute quand on arrive aux habitants ayant le plus faible revenu mais qui ne sont pas en établissement, c'est-à-dire le premier décile. Il y a ensuite une autre baisse qui nous amène au milieu, et l'on constate que les résultats sont à peu près pareils pour les cinq premiers déciles qui suivent. Voilà donc à quoi sert l'argent.

Le tableau suivant indique d'où provient cet argent. Là nous avons le même montant, perçu par le biais du régime fiscal, et on constate qu'une très forte proportion de la somme globale — soit plus de 400 millions de dollars — émane des derniers 10 p. 100 de la population, qui ont des revenus beaucoup plus élevés. Le revenu de famille moyen dans ce décile était de l'ordre de 120 000 \$ par an, comparativement à 71 000 \$ pour le décile juste en dessous, et à 35 000 \$ pour la famille moyenne. On peut donc en conclure que ces habitants-là ont des revenus très élevés et paient beaucoup d'impôt.

Le tableau suivant vous montre la différence, c'est-à-dire qui gagne et qui perd dans un système de soins financé au moyen du régime fiscal. Les perdants se trouvent dans les derniers 10 p. 100, c'est-à-dire dans la catégorie qui vous concernerait, vous, ainsi que la grande majorité des personnes assises autour de cette table, de même que vos témoins, monsieur le président. La plupart des gens avec qui vous dialoguez régulièrement se trouvent dans ce dernier décile de la population qui soutient le système.

Dans le tableau suivant, la situation est essentiellement la même, sauf qu'elle est présentée selon le pourcentage de revenu réel, c'est-à-dire après les transferts et les impôts. Plus de 20 p. 100 des personnes se trouvant dans la dernière tranche de revenu font

could be fully privatized, the lowest-income people would lose over 20 per cent of their income, while the highest-income people would gain nearly 15 per cent.

The next figure, in green, is perhaps the most interesting of the lot. What would happen if income taxes were cut by 20 per cent and an offsetting poll tax, called a health services premium, was brought in? Notice how the top bracket would have gained over \$4,000 per family back in 1994. You can see that that comes from the rest of the group. Mr. Chairman, you are in a direct conflict of interest because you are in that top bracket, as am I, although I suspect you are somewhat higher up that bracket than I am. Most of the people who are making presentations on this issue stand to gain personally from using a poll tax rather than an income tax.

It is the same story with the next figure, only now I have put it in terms of percentage of consumable income. As the incomes are so different as you move up the scale, you can see that the percentages are different. A 20 per cent income tax cut, which exempts the bottom bracket and the permanently institutionalized — because they do not have much money — bears only on the other 90 per cent. There is an approximately 6 per cent drop in consumable income in the second bracket, and about a 5 per cent increase in the top bracket. Of course, a 5 per cent increase in the top bracket is a lot of dollars.

Then, for comparison purposes, I suggested we cut the income tax, and instead of putting on a poll tax, put in an offsetting co-insurance charge. That leads to an even bigger jump at the top end. Of course, they use less care on average. A co-insurance rate would be an even more effective way of transferring income from the lower- and middle-income groups to the upper, if that were your objective. Of course, the rate would be about 55 per cent. That is a large impact.

The committee is clearly right in backing away from co-insurance charges, quite apart from the fact that a very small proportion of the population uses most of the care anyway. If your objective is to make income distribution more egalitarian and put money in your own pockets at the expense of people with lower incomes, then the health premium is a very good way of doing it without disrupting the rest of the system or interfering with people's access to health care. The Conference Board, whose members are all in that top bracket, says exactly the same thing: Do not tax income, tax consumption. Do not tax capital, use poll taxes. Yes, wealthy people like poll taxes; there is no mystery about it. What the Conference Board has again made clear is the pattern of interests in the tax system in this country.

l'objet des transferts qui sont effectués au titre de l'assurance-santé. Autrement dit, s'il était possible de privatiser complètement le système de soins, les citoyens à plus faible revenu perdraient plus de 20 p. 100 de leur revenu, alors que ceux qui ont le revenu le plus élevé enregistreraient un gain de presque 15 p. 100.

Le tableau suivant, en vert, est sans doute le plus intéressant de tous. Qu'arriverait-il si les impôts étaient réduits de 20 p. 100 et que pour compenser ce manque à gagner, on imposait une formule de capitation, c'est-à-dire une prime d'assurance-santé? Il convient de remarquer ici que la tranche de revenu supérieure aurait bénéficié d'un gain de plus de 4 000 \$ par famille en 1994. Il est bien clair que cela vient du reste du groupe. Monsieur le président, vous êtes en conflit d'intérêts direct étant donné que vous vous trouvez dans cette tranche de revenu supérieur, comme moi, d'ailleurs, même si je soupçonne que vous occupez un rang plus élevé que moi dans l'échelle. Le fait est que la plupart des gens qui se présentent devant le comité ont intérêt à préconiser une formule de capitation, plutôt qu'un impôt proprement dit.

Il en va de même pour le tableau suivant, sauf qu'ici c'est exprimé en pourcentage du revenu utilisable. Comme les revenus sont très différents au fur et à mesure qu'on monte dans l'échelle, on constate que les pourcentages sont différents. Une réduction des impôts de l'ordre de 20 p. 100, ce qui exclut la dernière tranche et ceux qui se trouvent en établissement en permanence — étant donné qu'ils n'ont pas beaucoup d'argent — ne touchent que les autres 90 p. 100. On constate une baisse du revenu utilisable ou réel de 6 p. 100 dans la deuxième tranche, et une augmentation d'environ 5 p. 100 dans la tranche la plus élevée. Bien entendu, une augmentation de 5 p. 100 dans la tranche la plus élevée correspond à beaucoup d'argent.

Donc, pour des fins de comparaison, j'ai émis ici l'hypothèse d'une réduction des impôts, sauf qu'au lieu d'imposer une formule de capitation, on aurait des frais de coassurance pour compenser le manque à gagner. Cela donne lieu à une hausse encore plus importante dans les tranches supérieures. Bien entendu, ils ont moins souvent recours au système de soins en général. Une formule de coassurance serait ainsi un moyen encore plus efficace de transférer du revenu depuis les groupes à revenu faible ou moyen vers les groupes à revenu plus élevé, si tel était votre objectif. Bien entendu, le taux serait de l'ordre de 55 p. 100, et l'impact serait donc considérable.

À mon avis, le comité a tout à fait raison de laisser de côté l'idée de frais de coassurance, et pas seulement du fait qu'une toute petite proportion de la population bénéficie de la grande majorité des soins. Si votre objectif consiste à assurer une répartition inégalitaire des revenus et à remettre de l'argent dans vos poches, aux dépens de ceux qui ont un plus faible revenu, il faut opter pour la prime d'assurance-santé, car cette méthode a l'avantage de ne pas chambarder tout le système ni d'empêcher les citoyens d'accéder aux soins de santé. Le Conference Board, dont tous les membres se trouvent dans cette tranche de revenu supérieur, est tout à fait de cet avis: ne prélevez pas des impôts sur le revenu; optez plutôt pour une taxe de consommation; n'imposez pas le capital, optez pour une formule de capitation. Oui, les riches aiment bien les formules de capitation, et il n'est

In finishing, I should like to quote Sir Frances Bacon in connection with Conrad Black. Bacon said we are much indebted to Machiavelli, and others, who write of what men do, and not of what they ought to do. Lord Black has written of the real objective that underlies all of these strange forms of rhetoric about un-sustainability, about how Canadians are overtaxed and all the sorts of things that do not make any sense when you study the data. However, they make perfect sense if you view the entire scenario in terms of the inegalitarian objective.

Mr. David Kelly: Honourable senators, I have some brief comments to make about a potential federal health care premium. There are some other comments in my brief about privatization and the relationship between payers and providers in the Canadian health care system. In the interests of brevity, I will pass over them at this point and perhaps come back to them if time permits.

There may well be a need for additional federal revenues to support the Canadian health care system. A federal health care premium would be a means of raising funds in a fashion that provides visibility for a federal contribution. In considering a federal premium, two related issues must be kept in mind. First, the effort to identify and raise increased sources of revenue must not detract from the necessary task of improving the productivity of the Canadian health care system. It is possible that improvements in efficiency will not by themselves generate sufficient savings to undertake the investments in service expansion necessary to meet the legitimate demands our health care system is facing. Nevertheless, they must continue.

Often, during times of financial stress, organizations strive hardest to find better ways of doing things. Perhaps one of the conditions that should be attached to any additional federal funding is a commitment that provincial efforts to improve the health care production function must continue.

Second, a very large part of the increased federal funding in the February 1999 budget and the September 2000 first ministers accord quickly found its way into increased compensation for physicians, nurses and other health care providers. No doubt, much of this was required. However, we have seen generous compensation settlements in wealthier provinces place severe pressure on budgets in other jurisdictions that find it necessary to match those deals. It remains to be seen whether these increases will lead to the supply and, more importantly, the distribution of health care professionals that we need.

pas difficile de comprendre pourquoi. Ce que le Conference Board a clairement présenté, une fois de plus, c'est quels intérêts doivent primer en ce qui concerne le régime fiscal canadien.

En guise de conclusion, je voudrais citer sir Frances Bacon, toujours en rapport avec les idées de Conrad Black. Bacon a dit que nous avons une forte dette envers Machiavel, et d'autres, dont les écrits portent sur ce que fait l'homme, et non pas ce qu'il devrait faire. Les écrits du lord Black portent sur le véritable objectif de toutes ces étranges affirmations sur la non-viabilité, c'est-à-dire que les Canadiens paient trop d'impôt et toutes sortes d'autres choses qui ne tiennent plus debout une fois qu'on a examiné les données. Mais elles semblent parfaitement sensées si vous examinez tout ce scénario dans la perspective de l'objectif inégalitaire.

M. David Kelly: Honorables sénateurs, j'ai quelques brèves remarques à faire au sujet d'une éventuelle prime d'assurance-santé fédérale. Dans mon mémoire, j'aborde également la question de la privatisation et des rapports entre les payeurs et les fournisseurs au sein du système de soins canadien. Pour gagner du temps, je ne vais pas en parler maintenant, et si j'ai le temps par la suite, j'y reviendrai peut-être.

Il est bien possible que nous ayons besoin de recettes fédérales additionnelles pour soutenir le système canadien de soins de santé. Une prime d'assurance-santé fédérale serait l'un des moyens envisagés pour réunir des fonds de manière à assurer la visibilité de la contribution fédérale. Mais en examinant cette possibilité, il y a deux questions liées qui doivent être prises en compte. D'abord, les efforts déployés pour recenser de nouvelles sources de revenus et pour réunir des fonds additionnels ne doivent pas nous détourner de notre tâche essentielle, qui consiste à améliorer la productivité du système canadien de soins de santé. Il est possible que des améliorations au niveau de l'efficacité ne donneront pas lieu à des économies suffisantes pour faire les investissements qui s'imposent pour élargir les services, et ce pour répondre aux demandes légitimes faites à l'égard du système. Mais il va sans dire que ces efforts doivent se poursuivre.

Très souvent, pendant des périodes de stress financier, les organismes se concentrent sur les mesures à prendre pour travailler mieux et plus efficacement. On devrait peut-être envisager de prévoir comme conditions de financement fédéral additionnel que les administrations provinciales s'engagent à continuer d'améliorer la continuité de leur système de soins.

Deuxièmement, une bonne partie des crédits fédéraux additionnels que prévoyait le budget de février 1999 et l'accord des premiers ministres conclu en septembre 2000 s'est vite trouvée entre les mains de médecins, d'infirmiers et infirmières et d'autres fournisseurs de soins sous forme de rémunération accrue. On peut supposer que c'était nécessaire dans bien des cas. Il reste que la rémunération généreuse accordée par les provinces les plus riches finit par exercer des pressions sur les budgets d'autres provinces, qui peuvent se trouver dans l'obligation d'en offrir autant. Mais il n'est pas certain que ces augmentations donnent lieu à une offre accrue et, ce qui est encore plus important, une meilleure répartition de professionnels de la santé.

A second condition that might be attached to an increase in federal funding is the development of a national health care compensation strategy to ensure that further increases in resources are used to improve the supply and distribution of services, not just the unit price.

The provincial premium programs that operate in Alberta and British Columbia, and at various points in my career I have had responsibility for managing both, raise significant revenue. Premiums are fixed amounts applied universally, in that payment is mandatory. They are income related to some degree, in that they are reduced or eliminated for the very lowest of income earners. However, they are unrelated to program eligibility, in that late or non-payment does not result in termination of benefits to an individual or family.

Premiums are collected, where possible, through payroll deduction, with the balance billed directly to provincial residents. The administrative costs of collecting premiums through a process separate from the income tax system are not trivial. Were a federal health care premium to be introduced, it would certainly make sense to collect it through the income tax system rather than through a separate administrative procedure.

There are many potential designs for the structure of a federal premium, and as Mr. Evans has so articulately described, all have their own equity implications. There is a substantial element of income redistribution associated with the financing of Canada's universal health care program. Any move to finance the system in part through a federal premium, which might be less progressive than existing funding sources, would affect the nature of that income redistribution and therefore add to the list of value issues that the committee must sort through.

Professor Raisa Deber, Department of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto: Honourable senators, you will note that I have just completed a study comparing the elements of private and public delivery. I know it is not the topic for today, but later, if people are interested, I could share some of the findings with the committee.

Most of my comments are in my brief, so I will give the "sound bite" version. The first is that I very much commend the committee on the first seven principles of financing. I wish to stress that, given the fact that a single payer can achieve economic efficiencies, as recognized by the committee in their report, it is important to recognize that pluralistic funding arrangements or other sources of revenue will not be less expensive for society. If services are not affordable for a society on a universal basis

Une deuxième condition qu'on pourrait éventuellement rattacher à un éventuel accroissement du financement fédéral serait l'élaboration d'une stratégie nationale de rémunération des professionnels de la santé, afin de garantir que d'autres augmentations de ressources serviraient à améliorer l'offre et la répartition des services, et pas simplement le prix unitaire.

Les programmes de primes d'assurance-santé qui sont en vigueur en Alberta et en Colombie-Britannique — et à divers moments durant ma carrière j'ai été chargé d'administrer soit l'un, soit l'autre — permettent de réunir des revenus considérables. La prime est un montant fixe universel, et le paiement de cette prime est obligatoire. Le montant de la prime est fonction du revenu jusqu'à un certain point, en ce sens qu'elle est réduite ou éliminée pour les personnes se trouvant dans la tranche de revenu la plus faible. Cependant, elles n'ont rien à voir avec l'admissibilité aux programmes, puisque les paiements en retard ou le non-paiement ne donnent pas lieu à l'élimination des avantages pour le particulier ou sa famille.

Dans la mesure du possible, les primes sont prélevées au moyen de charges sociales: sinon une facture est envoyée directement aux résidents de la province. Les frais d'administration liés au prélèvement de ces primes à l'aide d'une procédure distincte du régime fiscal sont assez importants. Si l'on décidait de créer une prime d'assurance-santé fédérale, ce serait logique de percevoir ces revenus en passant par le régime fiscal, au lieu de prévoir une procédure administrative distincte à cette fin.

Une prime fédérale pourrait prendre plusieurs formes, et comme M. Evans l'a si bien expliqué, toutes les options ont des répercussions différentes au niveau de l'équité. Un élément important de la formule de financement du système canadien de soins de santé universel est son impact sur la redistribution du revenu. Si l'on décidait de créer une prime fédérale pour financer partiellement le système de soins — méthode qui pourrait être moins progressive que les formules de financement actuelles — ce changement influencerait nécessairement sur cette redistribution du revenu, si bien que cet élément doit s'ajouter à la liste des valeurs dont le comité devra tenir compte et qui doivent influencer nos décisions dans ce domaine.

Mme Raisa Deber, Département de la politique sanitaire, de la gestion et de l'évaluation des soins, Université de Toronto: Honorables sénateurs, vous aurez remarqué que je viens de terminer une étude qui compare divers éléments des systèmes public et privé. Je sais que tel n'est pas le sujet à l'étude aujourd'hui, mais si cela vous intéresse, je pourrais vous parler plus tard de certaines de mes conclusions.

Comme mon mémoire contient les principales remarques que je voulais vous faire, je vais me contenter de vous faire un petit résumé des éléments les plus intéressants. D'abord, je tiens à dire que je félicite le comité pour ces sept premiers principes de financement. J'insiste sur le fait qu'il est possible, en ayant un seul payeur, d'améliorer l'efficacité économique du système, comme le reconnaît le comité dans son rapport, il faut comprendre que des formules de financement pluralistes ou le recours à d'autres

through a single-payer system, they are not affordable on a universal basis for that society at the higher cost implied by mixed financing.

We must be very clear that, if we are saying certain things are not sustainable through the tax system or by government, we are saying that we are okay with these things not being delivered universally and allowing people who wish to, and can, pay the difference to buy them for themselves. I am not saying this is bad. However, a number of the commissions that have come forward have talked about retaining universal access, but because we cannot afford to finance it publicly, introducing mixed financing — the two are contradictory.

If we cannot afford it universally through public financing, we are no longer talking about it being universal; or we are talking about higher total costs that will be paid for in different ways, with much of the burden being placed on business. I am very uneasy about the parallel financing approaches that have been suggested by a few of the provincial commissions because I think they lessen the economic competitiveness of business and make us less competitive as a nation.

There was a very nice piece in the *Globe and Mail* today about the fact that Canada has such an attractive business climate that we are attracting business from other countries, including the United States. It is very important not to lose that, and I commend the committee for it.

The other sound bite is that the CHST/EPF approach has demonstrably failed, and I welcome the rethinking of it. Additional funding for health care from the federal government should not go into the untargeted funding arrangements that have been made to date. It has neither relieved the federal/provincial tensions nor done the things one wants to have happen.

There are some cautionary points in my notes about internal markets and service-based financing. We could, if the committee wished, also look at some work that I have done with Manitoba in testing out medical savings accounts and looking at the incidences of costs in the population. The bottom line is that if you take all of the health care costs and arrange them not by income but by how much people have been spending on health care, it turns out that the bottom 50 per cent of the population — the healthiest — are spending about 4.5 per cent. This is taking three years worth of money added together. The sickest 1 per cent is spending about 35 per cent.

sources de revenu ne coûteront pas moins cher à la société. Si les services ne sont pas abordables pour la société en ayant un système universel à payeur unique, ils ne le seront pas plus si l'on opte pour une gamme de formules de financement qui suppose des coûts plus élevés.

Il faut bien comprendre que si nous affirmons que certains services ne sont pas viables ou ne peuvent être financés par le régime fiscal ou le gouvernement, nous acceptons la notion selon laquelle ces services ne seront pas assurés de façon universelle et que les gens pourront, s'ils le souhaitent, payer la différence pour obtenir eux-mêmes ces services. Je ne prétends pas que ce soit une mauvaise chose. Cependant, plusieurs commissions ont insisté sur la nécessité de conserver l'accès universel, et comme nous n'avons pas les moyens de financer tous ces services par les deniers publics, l'introduction d'une formule de financement mixte — disons que ces deux éléments sont tout à fait contradictoires.

Si nous n'avons pas les moyens d'assurer ces services sur une base universelle et de les financer au moyen de deniers publics, nous envisageons d'éliminer l'aspect universel du système actuel, ou encore de supporter des dépenses globales plus élevées qui seront payées de diverses façons, la majeure partie du fardeau étant supportée par les entreprises. Les méthodes de financement parallèle proposées par diverses commissions provinciales me mettent très mal à l'aise parce qu'à mon avis, elles risquent d'amenuiser la compétitivité économique des entreprises et de la nation tout entière.

Il y avait un excellent article dans le *Globe and Mail* d'aujourd'hui sur le fait que le Canada a un climat commercial tellement attirant que des entreprises de toutes sortes d'autres pays, y compris les États-Unis, veulent s'implanter ici. Il est très important de ne pas perdre cet avantage, et je félicite le comité d'avoir reconnu son importance.

L'autre élément important à retenir, c'est que l'approche du TCSPS/FPE a été un échec total, et je suis bien contente qu'on repense tout cela. Les crédits additionnels investis par le gouvernement fédéral dans le système des soins ne devrait pas passer par une formule de financement qui ne prévoit aucun ciblage comme celles qui ont existé jusqu'à présent. Ces dernières n'ont permis ni d'atténuer les tensions entre le fédéral et les provinces, ni de faire le genre de choses qu'on aurait souhaitées.

Mes notes contiennent également un certain nombre de mises en garde touchant les marchés internes et le financement axé sur les services. Si le comité le désirait, nous pourrions parler du travail que j'ai accompli avec les responsables du Manitoba, travail qui nous a permis de mettre à l'essai la notion de comptes d'épargne médicale et d'examiner la fréquence et l'importance des coûts pour les divers segments dans la population. En résumé, si vous analysiez toutes les dépenses sanitaires en fonction non pas du revenu mais du montant consacré par les gens aux soins de santé, vous constateriez que la tranche inférieure de 50 p. 100 — c'est-à-dire les gens qui sont en meilleure santé — dépense environ 4,5 p. 100. Ça c'est pour un total de trois années de dépenses. Les personnes les plus malades, qui représentent 1 p. 100 de la population, dépensent environ 35 p. 100 du budget.

I can think of no one who would want to take one per cent of premium income for 35 per cent of expenditures. There are many people who would like to take 50 per cent of premium income for 4.5 per cent of expenditures. That is why everyone who has tried to look at a choice-based system, in which money follows the patients, has found they cannot get rid of these risk selection issues, because there are so few people that you must leave out of your package in order to avoid such high expenses.

I would be extremely cautious. Professor Jerry Hurley and Dr. Brian Hutchison found the same thing in looking at capitation funding formulas in their review for the Canadian Health Services Research Foundation, CHSRF. I am not easy about internal markets precisely because of some of these issues around risk selection and the fact that government will end up with the highest risks. Quebec is finding similar issues in their drug plan. Whenever you have situations where people are allowed to siphon off the better risks, you create systems in which the public ends up with the most expensive pieces.

I can also go into more detail on issues related to service-based funding, particularly for hospitals in smaller provinces or smaller communities, where such funding will not be enough to cover the infrastructure costs of running the organization. I can share the work of a student of mine on what would happen to pediatric hospitals under that sort of funding arrangement — there would not be any. On that, I will conclude.

Mr. Walter Robinson, Federal Director, Canadian Taxpayers Federation: Honourable senators, it is a pleasure to once again appear before you and your colleagues here this morning to continue our dialogue on the future of the health care system in Canada because it is indeed Canada's number one social policy challenge.

The Canadian Taxpayers Federation, CTF, was founded in Regina in 1990 and has grown to 61,000 members. We are a non-partisan, not-for-profit organization and do not receive financial assistance from any level of government. While I appear before you today in my capacity as federal director of the CTF, allow me to mention my community and personal experience in health care governance as a former volunteer trustee on the board of the Ottawa Hospital and current board member of the Ottawa Regional Cancer Centre Foundation. I am sorry that Senator Keon is not here this morning. He would have been interested in some of my perspectives on the current CHEO pediatric cardiac surgery unit issue that has gripped the local community.

À mon avis, personne ne voudrait échanger 1 p. 100 du revenu des primes contre 35 p. 100 des dépenses. Par contre, il y a bien des gens qui voudraient échanger 50 p. 100 du revenu des primes contre 4,5 p. 100 des dépenses. Voilà pourquoi tous ceux qui ont examiné la possibilité d'un système axé sur le choix, où l'argent suit le patient, on constatait qu'il n'est pas possible d'écarter ces problèmes de sélection des risques, étant donné que le segment de la population qu'il faut écarter pour éviter des dépenses aussi élevées est si faible.

Donc, il faut à mon avis faire preuve d'une grande prudence. M. Jerry Hurley et M. Brian Hutchison ont tiré les mêmes conclusions dans le cadre de l'examen des formules de capitation qu'ils ont effectué pour la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). J'ai des doutes en ce qui concerne les marchés internes, précisément à cause des problèmes qui entourent la sélection des risques et la certitude que le gouvernement finira par assumer les plus gros risques. Le Québec a constaté que son programme d'assurance-médicaments pose ce même genre de problème. Du moment que les gens peuvent choisir d'assumer les risques les moins graves, vous créez des systèmes où le public finit par financer les activités les plus coûteuses.

Je pourrais vous donner d'autres détails sur des problèmes liés au financement axé sur les services, notamment pour les hôpitaux des petites provinces ou collectivités, où le financement prévu ne sera pas suffisant pour supporter les dépenses d'infrastructure et d'administration. Je pourrais aussi vous parler du travail d'un de mes étudiants sur les conséquences potentielles du recours à ce genre de formule de financement pour les hôpitaux pédiatriques — c'est simple; il n'y en aurait plus. Je vais donc conclure là-dessus.

M. Walter Robinson, directeur fédéral, Fédération des contribuables canadiens: Honorables sénateurs, je suis ravi d'avoir l'occasion de comparaître encore une fois devant le comité ce matin pour poursuivre notre dialogue sur l'avenir du système de soins canadien, car ce dernier présente effectivement le défi le plus important qu'a à relever le Canada en ce qui concerne sa politique sociale.

La Fédération des contribuables canadiens (FCC) a été fondée à Regina en 1990 et compte à présent 61 000 membres. Nous sommes un organisme non partisan à but non lucratif, et nous ne bénéficions d'aucune aide financière des différents paliers de gouvernement, quels qu'ils soient. Bien que je compare devant vous aujourd'hui en ma qualité de directeur fédéral de la FCC, permettez-moi de vous parler de mon expérience communautaire et personnelle de la gestion des soins de santé, en tant qu'ex-administrateur bénévole de l'Hôpital d'Ottawa et membre actuel du conseil d'administration de la Fondation du Centre régional de cancérologie d'Ottawa. Je regrette que le sénateur Keon ne soit pas parmi nous ce matin. Il aurait été intéressé à connaître certaines de mes vues sur l'actuelle unité de cardiologie infantile à l'Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario, qui suscite énormément d'intérêt et de préoccupations au niveau local.

Your research, hearings and publications continue to create room in the public policy spectrum for a broad and inclusive debate about health care reform. I would be remiss in my capacity as a taxpayer advocate if I did not commend you for the probity with which you have spent taxpayer dollars, as you have conducted your inquiry on a cost-effective budget that has now been running for some three years, if not more. Your work has also served to bring a measure of public respect and relevance back to the Senate and is a credit to the foundational idea that your institution would indeed be a place of sober second thought on public policy.

Since you heard from me back in October in Toronto on our formal submission both to your committee and to the Romanow commission entitled "The Patient, The Condition, The Treatment," I will leave most of our substantive points to emerge during our discussion. I will confine the remainder of my remarks this morning to areas where I believe your 20 principles governing the organization of our health care system work — as outlined in your volume 5 released this April. I will give our perspective on where they add to the debate, as well as point out areas of continuing concern that we believe you have failed to address.

Principle number 4, which argues for an open and transparent process with respect to funding decisions, is essential. Canadians must come to understand that advances in technology and new findings in clinical research will mean that services will be listed and delisted on an annual basis into the foreseeable future. It is not necessarily something to be feared, but Canadians must come to understand it as an annual and normal practice of provincial health ministries.

This goes hand in hand with principle number 7, calling for greater public education when governments make health care service or funding decisions.

To slightly pervert and paraphrase Jack Nicholson, as Canadians, "we can handle the truth."

Principle 11, with respect to changing physician remuneration, is balanced in that it provides flexibility for a variety of alternate payment models. There is no one-size-fits-all model with respect to fee for service, capitation or other incentives in compensating health professionals.

Principle number 15, advocating national electronic health records, is laudable. However, we should always be mindful of the sanctity of the patient-doctor relationship. We should ensure that the aggregation of this data to inform broader policy decisions on regional, provincial or national resource utilization does not permit the need for system-wide reporting requirements to ever outweigh the privacy rights of the individual, physician, nurse or allied health professional.

Votre recherche, vos audiences et vos publications favorisent un débat général et inclusif sur les politiques gouvernementales touchant la réforme du système de soins. Ainsi, en tant que défenseur des contribuables canadiens, je m'en voudrais de ne pas vous féliciter de la façon judicieuse dont vous avez utilisé les deniers publics, puisque vous menez votre enquête depuis trois ans sinon davantage avec un budget fort économique. Votre travail a également permis de rétablir jusqu'à un certain point la confiance du public dans le Sénat et de prouver sa pertinence pour la population, ce qui prouve le bien-fondé du principe selon lequel votre institution serait une Chambre de réflexion sur les politiques gouvernementales.

Étant donné que j'ai fait un exposé officiel en octobre dernier à Toronto devant votre comité et devant la commission Romanow, que j'intitulais «Le patient, la maladie, le traitement», je ne vais pas parler des questions importantes que nous avons examinées lors de cette discussion. Je vais donc me contenter ce matin de parler des domaines où vos 20 principes régissant l'organisation de notre système de soins peuvent s'appliquer avec succès — comme vous l'expliquez au volume 5 publié au mois d'avril. Je vais vous faire part de nos vues sur ce qu'ils ajoutent au débat, en vous signalant également les questions qui continuent à nous préoccuper et dont vous n'avez pas tenu compte.

Le quatrième principe, c'est-à-dire la nécessité d'un processus ouvert et transparent pour la prise de décisions en matière de financement, nous paraît tout à fait essentiel. Les Canadiens doivent comprendre que les avancements technologiques et les découvertes grâce à la recherche clinique entraîneront l'inclusion et la suppression, sur une base annuelle, de divers services sur la liste des services assurés dans un avenir prévisible. Ce n'est pas nécessairement quelque chose à craindre, mais il faut que la population canadienne comprenne qu'il s'agira là d'une pratique annuelle et normale dans tous les ministères provinciaux de la santé.

Cela va de pair avec le septième principe, selon lequel il faut sensibiliser davantage le public à la procédure suivie par les gouvernements au moment de prendre des décisions sur les soins de santé ou le financement de ces derniers.

Pour modifier légèrement et paraphraser les propos de Jack Nicholson, nous, les Canadiens, «pouvons supporter la vérité».

Le onzième principe, concernant les changements à apporter à la formule de rémunération des médecins, est bien équilibré puisqu'il prévoit une certaine latitude en ce qui concerne les différents modèles de paiement. Il n'y a pas de modèle uniforme qu'on puisse appliquer en ce qui concerne la rémunération à l'acte, la capitation ou d'autres incitations à offrir aux professionnels de la santé en matière de rémunération.

Le quinzième principe, qui préconise la création de dossiers médicaux électroniques à l'échelle nationale, est tout à fait louable. Cependant, il ne faut pas perdre de vue le caractère sacré du secret professionnel qui caractérise la relation entre le patient et le médecin. Il faut s'assurer que le regroupement de ces données pour orienter les décisions stratégiques générales touchant l'utilisation des ressources à l'échelle régionale, provinciale ou nationale ne fait pas en sorte que les exigences en matière de

Many other principles in your list of 20 are laudable. They echo what we said during our first appearance before this committee in October 2001. We are glad that your committee agrees with us that government's conflicting roles as a funder/insurer, major service-delivery organization and system quality evaluator must be de-linked to remove the inherent conflicts of interest endemic in this set-up.

Those are our plaudits. Let me now turn briefly to the two principles that were discussed in abstract and sometimes detailed terms in your earlier work, yet seem to have vanished from your recent report released two months ago.

The first is the Canada Health Act. Allow me to reiterate our desire to see the act modernized. Your committee can play an integral role in advocating that. We agree with those who have concluded that the act often constrains provincial initiatives and that core principles are often in conflict. Meanwhile, public opinion continues to reveal a thirst for fundamental changes, even if they contravene some of the act's existing principles.

Contrary to the point made by Dr. Evans in his presentation, this is not a Conrad Black agenda, but a Canadian agenda common to all income spheres, as 13 consecutive public opinion polls have shown. The act continues to fuel the fight between Ottawa and the provinces over historic and recent funding levels. While some jurisdictional tension is inherent in our federal system and necessary for it to function, it has reached a counterproductive level. Health care is complex, and it is clear that there are no magic bullet solutions to address its many shortcomings. There are many successes, as well.

However, key principles do exist that should be employed in both legislation and restructuring service delivery. Modernization of the act is long overdue. Its current five principles should be replaced by six, including: Public governance that is a truer reflection of system organization today and its trend in the future; and universality that would encompass elements of portability, comprehensiveness and accessibility along the lines of the World Health Organization definition of the "new" universalism — if all are to be covered, then not all services can be covered from a sustainability perspective. The other four principles that should be added are quality, accountability, of which you speak often,

communication des renseignements à l'échelle du système ne l'emportent jamais sur les droits à la protection de la vie privée des particuliers, des médecins, des infirmiers et infirmières ou des autres professionnels de la santé.

Il y a de nombreux principes sur votre liste qui sont tout à fait louables. Ils rappellent ce que nous avons dit la première fois que nous avons comparu devant le comité en octobre 2001. Nous sommes contents que votre comité s'accorde avec nous à reconnaître que les rôles du gouvernement, qui agit à titre de bailleur de fonds/assureur, le principal organisme de passation des services et d'évacuateur de la qualité du système, sont contradictoires et doivent être désassociés pour éliminer les conflits d'intérêts potentiels que crée nécessairement ce genre de structure.

Voilà donc les points qui méritent des félicitations. Permettez-moi maintenant de parler des deux principes qui étaient abordés en termes abstraits et parfois dans pas mal de détails dans des études antérieures, mais qui semblent avoir complètement disparu du rapport que vous avez publié il y a deux mois.

D'abord, la Loi canadienne sur la santé. Permettez-moi d'insister sur notre souhait de modernisation de la loi. Votre comité peut jouer un rôle critique pour ce qui est de favoriser cette modernisation. Nous sommes d'accord avec ceux qui ont conclu que la loi pose souvent obstacle aux initiatives provinciales et que certains principes fondamentaux sont contradictoires. Entre-temps, l'opinion publique continue à réclamer des changements fondamentaux, même si ces derniers risquent d'enfreindre certains des principes consacrés par la loi actuelle.

Contrairement à ce qu'a dit M. Evans dans son exposé, nous parlons ici, non pas de la proposition de Conrad Black, mais d'une véritable proposition canadienne qui est appuyée par des personnes faisant partie de toutes les différentes tranches de revenu, comme 13 sondages d'opinion publique consécutifs l'ont bien démontré. La loi continue à alimenter la lutte entre Ottawa et les provinces concernant les niveaux de financement antérieurs et récents. Bien qu'une certaine tension relative aux compétences fasse partie intégrante de notre système fédéral et soit essentielle pour que ce dernier fonctionne convenablement, les conflits actuels sont tout à fait improductifs. Le système des soins est complexe, et il est clair qu'aucune solution magique n'existe pour nous faire combler toutes ses lacunes. En même temps, il y a de nombreux succès dont il faut tenir compte.

Il reste que certains principes fondamentaux existent dont il faut tenir compte dans la loi et dans la restructuration des méthodes de prestation des services. La modernisation de la loi se fait attendre depuis longtemps. Les cinq principes qui la caractérisent actuellement devraient être remplacés par six principes, à savoir: la régie publique reflète mieux l'actuelle organisation du système et les tendances futures; le principe de l'universalité comprendrait la transférabilité, l'intégralité et l'accessibilité, un peu comme la définition du «nouvel» universalisme de l'Organisation mondiale de la santé — c'est-à-dire que si nous voulons tout assurer, il faudra bien comprendre

choice and sustainability, not only in the context of three-, four- or five-year funding agreements, but also in designing a system that will serve generations to come.

I remain open to discussing these principles with you further today, as time did not permit us to engage in a frank exchange regarding CHA last October. At the structural level, we are disappointed that you appear to have abandoned any discussion of pre-funding options. While I take the points of Professor Deber and Professor Evans with respect to capitalization, health care utilization and expenditures to heart, there is still no discussion of pre-funding, either for patient care, as advocated by the Mazankowski report in Alberta, or for technology and needed ongoing capital improvements, as proffered by the Clair commission in Quebec over two years ago.

If I may digress, we have already adopted a pre-funding approach in the maintenance of our public and private retirement insurance systems. The same provision should be adopted in health care.

Again, I leave the details of these concerns for our discussions today. I look forward to offering our view of some of the cost numbers and drivers that stem from your 20 organizing principles. We could also discuss the cost-driving issues of demographics, patient utilization, the exponential progression of pharmaceutical costs and our expectations as Canadians — the biggest driver of all.

I will conclude my formal remarks this morning in the way that I have previously, and in a similar vein to that when we appeared before Mr. Romanow in March 2002.

The principle and laudable aim of medicare was to provide health services without hindrance. Now, the greatest hindrance to reform is the intransigence of those who refuse to accept that the problem with health care is the system itself. It is unsustainable as presently structured and funded.

I wholeheartedly concur with the conclusions of the Conference Board of Canada. It is not about Conrad Black or some evil corporate agenda, but about building a future system for more than 31 million Canadians. Attacking the motives or the size of the paycheque of anybody who dares to advocate the responsibility of the citizenship to engage in this debate is just plain wrong and counterproductive.

que le système de soins ne sera pas viable. Les quatre autres principes qu'il faudrait y ajouter sont: la qualité, la responsabilisation — dont vous parlez souvent — le choix et la viabilité, et ce non seulement dans le contexte d'accords de financement triennaux, quadriennaux ou quinquennaux, mais aussi dans la conception d'un système qui répondra aux besoins des générations futures.

Je suis tout à fait disposé à discuter de ces principes avec vous par la suite, étant donné que nous n'avions pas le temps d'ouvrir un franc dialogue avec vous concernant l'ACS en octobre dernier. En ce qui concerne la structure, nous sommes déçus de constater que vous semblez avoir abandonné toute exploration des options de préfinancement. Même si je comprends très bien les arguments des professeurs Deber et Evans concernant la capitalisation, le recours au système de soins et les dépenses sanitaires, vous n'abordez pas du tout la question du préfinancement, ni des soins administrés aux patients, comme le préconise le rapport Mazankowski en Alberta, ni des améliorations à apporter en permanence aux immobilisations, comme le recommandait la commission Clair au Québec il y a plus de deux ans.

Si je peux m'écarter du sujet pendant quelques secondes, je me permets de vous signaler que nous avons déjà adopté la méthode du préfinancement pour nos régimes de retraite à la fois publics et privés. Il convient d'en faire autant pour les soins de santé.

Encore une fois, les discussions d'aujourd'hui offre l'occasion d'approfondir les raisons précises qui sont à l'origine de nos préoccupations. J'attends avec impatience l'occasion de vous présenter nos vues sur les statistiques touchant les dépenses et les facteurs générateurs de coûts qui découlent de vos 20 principes. Nous pourrions également discuter d'autres inducteurs de coûts, tels que la situation démographique, le recours au système par les patients, la progression exponentielle des dépenses pharmaceutiques et nos attentes en tant que Canadiens, sans doute l'élément de coût le plus important de tous.

Je me permets donc de conclure mon exposé ce matin de la même manière que je l'ai fait précédemment, et notamment lorsque nous avons comparu devant M. Romanow en mars 2002.

Le principe de base et l'objectif tout à fait louable du système d'assurance-santé consistait à assurer des services de santé à la population et ceci avec le moins d'obstacles possible. À présent, le plus important obstacle à la réforme est l'intransigence de ceux qui refusent d'accepter que le véritable problème du système de soins de santé est le système lui-même. Il n'est tout simplement plus viable tel qu'il est présentement structuré et financé.

Je suis entièrement d'accord avec les conclusions du Conference Board du Canada. Il ne s'agit pas ici de se laisser influencer par Conrad Black ou les priorités des grandes méchantes entreprises, mais plutôt de créer un système futur qui répondra aux besoins de plus de 31 millions de Canadiens. Il n'est donc pas approprié d'attaquer la motivation ou le chèque de paye de quiconque ose insister sur la responsabilité des citoyens de participer à ce débat, et de telles attaques sont tout simplement improductives.

Thankfully, the group advocating that position is becoming smaller, partly due to the objective work of your committee in contributing to an advanced public debate on this. The sign of a healthy democracy is one that finds fault with itself, for if it cannot, it has ceased to be a democracy.

I look forward to our discussions and a respectful debate throughout the course of the day, including the ideas that my esteemed fellow panellists will no doubt place before you for consideration.

The Chairman: Thank you very much, panel, for raising a number of issues that we can now proceed to explore.

I want to concede a point. We all agree with Professor Evans that the issue of raising taxes goes to the heart of who will pay and how much. When you raise the issue of who will pay, you immediately find relative parts of society deciding that they would much rather be receivers than givers.

It is the exact opposite of "It is better to give than to receive." When it comes to paying money to government, from the point of view of individuals, it is clearly better to receive than to give.

Therefore, as a value issue, this topic is fraught with politics. It was agreed that this committee undertake this work because House of Commons committees have greater difficulty entering such a debate due to its emotional and highly politically charged nature. I am delighted at the way in which Professor Evans put the issue on the table.

No one raised a certain item on which I would like to have an initial reaction. Last September, when this committee released its fourth report, one of the options included for funding health care originated in the early 1960s at the beginning of the debate, before medicare was even started. That was that individuals would, at the end of each year, receive from their governments, federally and provincially, a statement of the costs that the health care services they had received had imposed on the system. That amount would be treated as a taxable benefit. It would be capped, so that the maximum impact on any individual, regardless of income level, would be controlled.

The original argument in favour of that approach was that one ought to pay proportionally for the use of a service. It was progressive in that it was related to the income tax system. It did not have some of the negative redistribution elements upon which Professor Evans commented.

Heureusement, le groupe préconisant cette position-là rétrécit de plus en plus, en partie grâce au travail objectif de votre comité, qui a apporté sa contribution en permettant que le débat public sur la question passe à un autre niveau. Une démocratie qui se critique est une démocratie saine, car elle cesse d'être une démocratie dès lors qu'elle ne peut plus se critiquer.

J'ai donc hâte de poursuivre nos discussions et de participer à un débat respectueux sur la question au cours de la journée, y compris sur les idées que les autres estimés experts qui comparaissent aujourd'hui soumettront à votre examen.

Le président: Je voudrais remercier tous les experts d'avoir soulevé des questions que nous pourrions maintenant commencer à explorer.

Je voudrais reconnaître le bien-fondé d'un des arguments de nos invités. Nous sommes tous d'accord avec M. Evans pour reconnaître que la décision d'augmenter les impôts nous amène à déterminer qui devra payer et combien. Du moment qu'il est question de savoir qui va payer, on constate tout de suite que divers segments de la société préfèrent nettement recevoir de l'argent, plutôt que d'en donner.

C'est tout l'inverse du précepte selon lequel «donner est plus doux que recevoir». Quand il s'agit de donner de l'argent au gouvernement, du point de vue du citoyen individuel, recevoir est certainement plus doux que donner.

Par conséquent, s'agissant de valeurs, cette question devient profondément politisée. Il a été convenu de charger le comité sénatorial de cette étude parce que les comités de la Chambre des communes ont plus de mal à débattre de ces questions, étant donné qu'elles suscitent de vives émotions et peuvent faire intervenir les allégeances politiques. Je suis donc ravi de la manière dont M. Evans a présenté le sujet.

Cependant, personne n'a abordé une question particulière à laquelle j'aimerais solliciter une première réaction de votre part. En septembre dernier, lorsque le comité a publié son quatrième rapport, l'une des options présentées, parmi les diverses formules de financement du système de soins, reprenait la pratique du début des années 60, au lancement du débat sur la question, avant même que le système d'assurance-santé ne soit en place. Selon cette pratique, les administrations fédérale et provinciales transmettaient à chaque citoyen, à la fin de l'année, un état de compte répertoriant le coût pour le système des services et soins de santé dont il avait bénéficié. Ce montant était traité comme un avantage imposable. Mais comme il y avait un plafond, l'impact sur les particuliers, quels que soient leurs revenus, était limité.

L'argument avancé au départ pour justifier cette approche était que chaque citoyen devrait avoir à payer en proportion de son utilisation des services. C'était une formule progressive, en ce sens que c'était lié au régime fiscal. Cette pratique ne présentait donc pas certains des graves inconvénients, au niveau de la redistribution du revenu, dont parlait M. Evans.

We floated that idea in our report last September. It has been picked up Jack Mintz, the President of the C.D. Howe Institute. He recently co-authored a paper that explores that idea in some detail, looking at the amount of revenue that would be generated under certain assumptions.

No member of the panel raised that option. Could we have a quick reaction?

Mr. Darby: It has a high degree of attractiveness in that it does remove some of the mystery surrounding the cost of health care to various users of the system.

It does have the advantage of tying those costs, to some extent at least, to payment. I am not sure it completely gets around the issue of redistribution or the burden perhaps falling on the less advantaged members of society. Users of health care tend to be the elderly and those at lower income levels. Taxation would still increase for those individuals, proportionally more, I would argue, than might be the case for those with higher levels of income who tend not to use the system as intensively. Capping gets around that to some extent.

The other issue is, of course, that the whole notion of redistribution, which I think is crucial and needs to be on the table, can operate independently of any funding for health care. We have already used the income tax system in various ways to redistribute income. The reform of the family allowance regime was a recent interesting example of that.

I share with Professor Evans concerns about the redistributive aspects of poll taxes —

The Chairman: May I suggest we not use the words “poll taxes,” which I think viewers will regard as confusing. I know it is the correct economic term, but “poll taxes,” which many provinces had years ago, will not be understood. Perhaps we should talk about “health care premiums,” rather than poll taxes, to make communication simpler.

Mr. Darby: Health care premiums, and to some extent, taxable benefits within the income tax system, could have negative redistributive aspects. We have to ask ourselves, if we are worried about income redistribution — as we should be generally in the context of our entire taxation system — what is the most appropriate vehicle to maintain that more egalitarian distribution of the tax burden? We might be able to separate that from the issue of financing health care and then move forward on that basis.

The Chairman: I want to ensure I understand what you are saying. You seem to be saying that each time we think about adding any other type of federal revenue, whether it is an airport

Nous avons donc proposé dans notre rapport de septembre dernier de réexaminer cette idée. Elle a été reprise par Jack Mintz, président de l'Institut C.D. Howe. Il est coauteur d'une communication récente qui présente une analyse de cette méthode, indiquant les recettes qui seraient réunies selon différentes hypothèses.

Aucun de nos experts ce matin n'a parlé de cette option. Pourriez-vous donc rapidement nous dire ce que vous en pensez?

M. Darby: Elle est très intéressante en ce sens qu'elle fait comprendre aux utilisateurs du système ce que coûtent les soins de santé.

Elle présente aussi l'avantage de lier ces coûts à un paiement — du moins jusqu'à un certain point. Je ne suis pas sûr qu'elle règle le problème de la redistribution ou du transfert du fardeau aux membres les plus défavorisés de la société. Les utilisateurs du système de soins sont le plus souvent des personnes âgées ou à faible revenu. À mon avis, ces dernières auraient encore à supporter une plus forte proportion des coûts que des gens à revenu plus élevé dont l'utilisation du système est plus faible. Le fait de prévoir un plafond règle ce problème jusqu'à un certain point.

L'autre question, c'est que la notion de redistribution du revenu, qui me semble critique et dont il faut tenir compte, peut être mise en pratique indépendamment de la formule de financement du système de soins qu'on décide de retenir. Nous avons déjà eu recours au régime fiscal pour redistribuer les revenus de diverses façons, dont l'un des récents exemples les plus intéressants serait la réforme du régime des allocations familiales.

Je partage donc les préoccupations du professeur Evans concernant le volet redistribution du revenu concernant la possibilité d'assurer une bonne redistribution du revenu au moyen de formule de capitation...

Le président: Si vous me permettez, je voudrais suggérer qu'on n'utilise pas le terme «formule de capitation» que certains téléspectateurs pourraient ne pas connaître. Je sais qu'en sciences économiques, c'est le terme correct, mais je crains que ce terme «capitation», qui désigne les taxes prélevées autrefois par les provinces, ne soit pas bien compris. Peut-être devrions-nous parler de «primes d'assurance-santé» plutôt pour faciliter les communications.

M. Darby: Les primes d'assurance-santé, et jusqu'à un certain point, les avantages imposables que prévoit le régime fiscal pourraient avoir une incidence négative sur la redistribution du revenu. Nous devons nous demander, si nous avons des craintes à cet égard — et il est normal d'en tenir compte dans le contexte global de notre régime fiscal — quel véhicule serait le plus susceptible de maintenir cette répartition égalitaire du fardeau fiscal. Peut-être pourrions-nous examiner cette question à part — c'est-à-dire, non par rapport au financement du système de soins, et développer notre analyse sur cette base.

Le président: Je veux m'assurer de bien comprendre ce que vous dites. Vous semblez dire que chaque fois que nous envisageons d'accroître les recettes fiscales, que cette augmentation prenne la

security tax or an excise tax on cigarettes, we ought to look at the redistribution system separately and not necessarily purely in the context of raising health care revenue. Is that right?

Mr. Darby: That is right. At the same time, one does not necessarily have to separate the two completely. For example, with the imposition of the GST, credits were given through the income tax system to help allay its redistributive aspect as it relates to lower-income people. We could look at implementing things such as rebates through income tests, which are already available through the income tax system, in order to allay those redistributive aspects.

Ms Deber: I have ethical, practical and political problems with the idea. It seems to be assuming that consuming medical care is something you are lucky to do, like, "Oh, boy. I was lucky enough to have cancer, and they gave me a whole \$20,000 worth of therapy, so of course I should be paying taxes on that as though it were income."

People already have enormous out-of-pocket costs that are not picked up by the tax system. I have a student looking at the out-of-pocket costs for cancer patients such as travel expenses, wigs and family members having to take time off work. Already these are burdens. Do we turn around and say, "Well, because you were lucky enough to get really ill and we gave you a lot of medical care, you are in a better position to pay tax than someone else"? Is it the functional equivalent of winning the lottery or receiving additional revenue? It is not revenue you can spend and therefore should pay tax on.

The underlying assumption in a progressive tax system is that if you have money, it puts you in a better position to be able to pay taxes. I fail to see how needing medical care puts you in the position of having additional disposable income.

The other point, which comes from the Manitoba data, is that most people access very little health care in a given year. If you do, presumably you have good reason. Full body scans "for the heck of it" should not be publicly paid for. If there are services we think are marginal, and we do not think any business should be paid publicly, the answer is to say, "No, we are not going to pay for this part of the system." If you have your child immunized against measles, is it reasonable to say, "Here is a nice taxable benefit"?

formule d'une taxe de sécurité aéroportuaire ou d'une taxe d'accise sur les cigarettes, nous devrions considérer séparément la question de la redistribution du revenu et les moyens de nous y prendre, plutôt que dans le contexte de l'accroissement des recettes pour les fins du financement du système de soins. C'est bien ça?

M. Darby: Oui, c'est ça. En même temps, il n'est pas obligatoire de séparer complètement les deux questions. Par exemple, lors de l'introduction de la TPS, on a prévu des crédits par le biais du régime fiscal, pour atténuer son impact négatif, du point de vue de la redistribution du revenu, sur les citoyens à faible revenu. Nous pourrions envisager de prévoir des remboursements, sous réserve d'une évaluation du revenu, comme on le fait déjà dans le cadre du régime fiscal pour atténuer les conséquences négatives d'une mesure de ce genre.

Mme Deber: Je dois dire que cette proposition me déplaît sur les plans éthique, pratique et politique. Elle semble partir du principe que celui qui doit recourir au système pour se faire soigner a beaucoup de chance en quelque sorte: «Quelle veine j'ai eu d'avoir un cancer et d'avoir bénéficié de traitements qui ont coûté \$20 000 — il est donc normal que je paie des impôts là-dessus comme s'il s'agissait de revenu.»

Or les gens ont déjà à déboursier des sommes importantes, dépenses qui ne sont pas prises en compte par le régime fiscal. J'ai un étudiant qui examine actuellement les frais qu'ont à supporter les cancéreux — par exemple, les frais liés aux déplacements, à l'achat de perruques, et aux congés que doivent prendre des membres de leur famille. Déjà tout cela représente pour eux une charge importante. Allons-nous leur dire maintenant: «Bon. Puisque vous avez eu la chance de tomber gravement malade et de bénéficier de beaucoup de soins et de traitements médicaux, vous êtes mieux placé qu'un autre pour payer des impôts»? Est-ce l'équivalent du gros lot ou d'un revenu additionnel? Le fait est qu'il ne s'agit pas d'un revenu qu'on peut dépenser et sur lequel on devrait payer des impôts.

L'hypothèse de base d'un régime fiscal progressif, c'est qu'il améliore votre capacité de payer des impôts. Je conçois mal que le fait d'avoir reçu des soins médicaux puisse améliorer votre revenu disponible.

L'autre point important, qui ressort des données recueillies au Manitoba, c'est que la plupart des gens recourent peu souvent au système de soins. On peut supposer que ceux qui y ont recours ont de bonnes raisons de le faire. Un citoyen qui fait faire un scintigramme de tout son corps parce qu'il se dit que ce serait une bonne idée devrait avoir à payer ce service; ce n'est pas au système public d'en supporter le coût. D'ailleurs, si nous estimons que certains services sont marginaux et ne devraient pas être à la charge du système public, la solution consiste à dire aux citoyens: «Non, nous n'allons pas supporter les coûts associés à ce volet-là du système.» Si vous faites vacciner votre enfant contre la rougeole, est-il raisonnable que le gouvernement vous dise: «Vous avez bénéficié d'un avantage imposable»?

I keep hearing Tom Kent talk about it. I do not understand why it is an attractive idea. If we are going to say that people who have more income should pay more, I am not sure why we would restrict it to those who happen to be sick.

Mr. Robinson: As you rightly mention, it was Tom Kent who pointed out that in 1961, there was originally a Liberal Party resolution to adopt something similar to the British system, with universal access at point of service, but a claw-back or taxable benefit somewhere down the line.

To pick up on Professor Deber's point, and using the example of immunization, which is almost universal, you could also make the argument that perhaps the person should get a rebate because they have protected their child from needing to use the health care system in the future.

It gets back to the central issue on the funding component, that we are still operating under this pay-as-you-go philosophy on health care: Yesterday's revenues fund today's medical procedures. We do not believe that will be sustainable in the future, given demographic projections.

To return to the specific issue of a taxable benefit, we would then have to have point-of-service verification, which the Province of Ontario tried, and found, regrettably from their point of view, that it costs a lot of money to send out dummy invoices. It is not an effective use of taxpayer dollars. That brings you back to premiums. Alberta and B.C. use premiums, but they go into consolidated general revenues, with no guarantee they will be directed toward health care. Consequently, we have a problem there.

The underlying governing principle is accountability in reporting. We need to concede that we will have to pay more if we want to follow your governing principle of accountability, because we do not have that in our system now. This is where, although I am not advocating an American model, some of the insurance overhead and information technology infrastructure in the U.S. system, or in some of the sickness funds in Germany or the Netherlands that are run by guilds, can give that you reporting and accountability.

The Chairman: This committee has argued, entirely independently of the funding issue, that the information systems in health care are unbelievably antiquated, particularly for what is truly an information-intensive industry. For that reason, we have argued, again entirely independently of the funding question, that two things are critically needed: One is an electronic patient record, because that is the fundamental piece of information in the information systems; and second, substantially improved information systems in the health care institutions — hospitals, et

J'ai souvent entendu les observations de Tom Kent à ce sujet. Je ne comprends pas l'intérêt de cette proposition. Si nous comptons décréter que ceux qui ont plus de revenus devraient payer davantage, je vois mal pourquoi ce serait limité aux malades.

M. Robinson: Comme vous l'avez signalé à juste titre, c'est Tom Kent qui a rappelé qu'en 1961, le Parti libéral a étudié une résolution proposant l'adoption d'un système semblable à celui du Royaume-Uni, qui repose sur la double notion d'accès universel aux points de service et de récupération fiscale ou d'avantages imposables.

Mais pour répondre à Mme Deber, toujours en fonction de l'exemple de la vaccination, qui est presque universelle, on pourrait aussi soutenir que le parent qui fait vacciner son enfant devrait en réalité avoir droit à un remboursement, parce qu'il a pris des mesures pour protéger son enfant, réduisant ainsi son utilisation future du système de soins.

Cela nous ramène à la question fondamentale en ce qui concerne le financement, à savoir que notre système de soins continue de s'articuler autour de la méthode de financement par répartition. Autrement dit, les revenus d'hier financent les actes médicaux d'aujourd'hui. À notre avis, ce ne sera plus possible à l'avenir, vu les projections démographiques à l'heure actuelle.

Pour revenir sur cette notion d'avantage imposable, nous serions obligés, selon cette approche, d'effectuer des vérifications aux points de service, alors que cette méthode s'est révélée peu intéressante quand la province de l'Ontario l'a mise à l'essai, ayant constaté à son grand regret, en ce qui le concernait, que cela coûte très cher d'envoyer des factures factices. Ce n'est pas efficace d'utiliser ainsi les deniers publics. Voilà donc qui nous ramène aux primes. L'Alberta et la Colombie-Britannique ont recouru à la méthode des primes, mais les revenus ainsi générés sont versés au Trésor, et il n'est donc pas garanti qu'ils serviront à financer le système de soins. Voilà donc qui nous semble problématique.

Le principe fondamental qui sous-tend tout cela est celui de la responsabilisation au niveau des rapports. Il faut bien reconnaître que nous devons payer davantage si nous souhaitons suivre votre principe fondamental de responsabilisation, parce que cela ne fait pas partie du système à l'heure actuelle. Bien que je ne préconise pas l'adoption du modèle américain, je pense que l'infrastructure associée aux programmes d'assurance et à la technologie de l'information aux États-Unis, ou aux caisses maladie en Allemagne ou aux Pays-Bas, qui sont administrées par des confréries, présente l'avantage d'un cadre de responsabilisation et d'un système de rapports.

Le président: Le comité a fait valoir, tout à fait indépendamment de la question du financement, que les systèmes d'information qui caractérisent actuellement le système de soins de santé au Canada sont tout à fait désuets, surtout pour un secteur à forte intensité d'information. Voilà pourquoi nous avons fait valoir — encore une fois, tout à fait indépendamment de la question du financement — que deux choses s'imposent d'urgence: d'abord, un dossier médical électronique, puisque c'est ce dossier qui contient les données fondamentales qui se trouvent

cetera — so that they can manage the system. It is remarkable — and this committee has said so in its reports — that you can run a billion-dollar hospital and not know how much it costs to provide any given service.

There is no other business in the world in which the costs of production are absolutely unknown to the people managing the system. Faced with that problem, and again independently of the question we are discussing today, if you are a hospital administrator, how can you decide if you have improved the efficiency with which you deliver a particular service when you do not know what it costs you to deliver that service today?

Furthermore, once you make the changes, you will not know what it costs. We have argued strongly, therefore, that it is critical for the federal government to substantially fund the development of an information system so that boards of directors, trustees and people managing hospitals have access to one that is consistent with what anyone running a modern business would have.

The need for those systems does not relate to the question before us today, except that, quite clearly, the presence of the information system makes some other funding models possible because you will have patient-driven data.

Mr. Evans: I would like to reinforce your comments about information systems. We found the same thing on the Seaton commission in B.C., which will not surprise you, because the reality is that we could not get any reasonable estimates of the cost of doing things from anybody. It surprised some of the commission members, although not me, because one of my first research projects 30 years ago was to get estimates of the relative costs of different procedures in hospitals. It was a substantial research project that took us a year and a half to two years. The data was not the greatest when we were through, but it was the best around.

The Chairman: It was better than nothing.

Mr. Evans: We could claim that, yes. That is to be supported strongly, with the caveat that you can spend a great deal of money dealing with electronic records and computer companies, and you have to be a prudent purchaser if you are to get into that game, which you have to, absolutely.

That is part of the committee's more general principle of transparency, to which I also subscribe strongly. I would like to have my presentation taken in the context that I am trying to achieve transparency in the distributional implications of doing

dans les systèmes d'information; et deuxièmement, des systèmes d'information grandement améliorés dans tous les établissements de soins — les hôpitaux, et cetera, pour que ces derniers puissent assurer une meilleure administration. Je trouve incroyable — et le comité l'a déjà dit dans ses rapports — qu'on puisse administrer un hôpital ayant un budget d'un milliard de dollars sans savoir combien coûtent les différents services qu'on y assure.

Il n'existe aucun autre secteur d'activité au monde où les coûts de production soient inconnus de ceux qui administrent le système. Face à ce problème — et encore une fois, tout à fait indépendamment de la question dont nous discutons aujourd'hui — si vous êtes administrateur d'hôpital, comment saurez-vous que vous avez rehaussé l'efficacité de vos méthodes de prestation des services si vous ne savez même pas combien coûtent les services que vous assurez aujourd'hui?

De plus, une fois que vous aurez opéré des changements, vous ne saurez pas combien ils coûtent. Nous avons donc bien insisté sur la nécessité pour le gouvernement fédéral de prévoir des crédits importants pour la mise au point d'un système d'information perfectionné, afin que les conseils d'administration et ceux qui gèrent les hôpitaux aient accès au même genre de système dont disposerait quiconque doit gérer une entreprise moderne.

Bien que la nécessité de mettre au point de tels systèmes ne soit pas directement liée à la question dont nous sommes saisis aujourd'hui, il est certain que la présence d'un système d'information de ce genre permettrait d'envisager certains autres modèles de financement, étant donné qu'on aura accès à des données sur les patients.

M. Evans: Je voudrais insister sur l'importance de ce que vous avez dit concernant les systèmes d'information. À la commission Seaton en Colombie-Britannique, nous avons fait la même constatation, ce qui ne vous surprendra pas, parce que le fait est que nous n'avons pas pu obtenir de quiconque des estimations raisonnables du coût des divers services et soins. Certains membres de la commission trouvaient cela surprenant, mais pas moi, étant donné qu'un de mes premiers projets de recherche il y a une trentaine d'années consistait à obtenir des estimations du coût relatif de divers actes médicaux effectués dans les hôpitaux. C'était un projet de recherche de grande ampleur qui nous a occupés pendant 18 ou 24 mois. Les données que nous avons obtenues à la fin n'étaient pas très valables, mais c'est ce qu'il y avait de mieux.

Le président: C'était mieux que rien.

M. Evans: Oui, on pourrait dire ça. Il reste qu'il faut bien insister là-dessus, tout en se rappelant qu'on peut facilement dépenser de grosses sommes du moment qu'il s'agit de créer des dossiers électroniques et de traiter avec les entreprises informatiques; il faut donc faire des acquisitions judicieuses si l'on décide de se lancer dans ce genre d'entreprise, entreprise qui me semble tout à fait essentielle.

D'ailleurs, cela cadre avec le principe général de la transparence qu'a énoncé le comité, principe auquel je souscris entièrement. D'ailleurs, j'insiste sur le fait que mes remarques liminaires découlent de mon désir de transparence en ce qui

certain things. I did not say anything about anybody being evil. The rational pursuit of self-interest is a basic principle in economics. There is a maxim in the law that a person must be presumed to will the consequences of his own acts, and I am simply trying to lay out what some of those consequences are. After that, it is the committee's decision.

On the idea of taxing back utilization, I have little to add to Professor Deber's very articulate dissection of it. As somebody who has been responsible for a good part of the health care cost crisis, I am acutely sensitive to the points she makes. I would add that you should remember that all it would do here is set up a non-transparent user fee. This thing was debated intensely by the Ontario Economic Council back in the 1970s. Marty Feldstein put it forward in the States in 1973. It has been around a long time, and it always comes back to this: First, it is a non-transparent form of user fee, a hidden fee that people will not understand. Second, it makes transparent the fact that you are taxing the sick because it is included on the tax schedule.

I would underline the points that were made about the extreme concentration of utilization in a small part of the population. We have a study now being written up in British Columbia that tells the same story. Heavy utilizers of the system are elderly, disproportionately female, poor, and they die disproportionately. They have seven to eight times the death rate of the general population. They are sick people with multiple system problems. Whether the care they are getting is the most appropriate or cost effective is highly doubtful. However, the fact that they are sick is not. That is easy to pick out.

Therefore, it seems to me that this feature dissolves away as a plausible piece of public policy, which is why it has been around for so long and is always pushed back down. Moreover, it is not true that it gets around the redistribution problems. If you sit down with a copy of the Canadian tax form, which I have done, and look at the income brackets and the proportion of income that would be paid in tax under different assumptions about utilization, it goes down steadily as you work your way up the brackets. It is regressive, although less so than a straight user fee. It is not the same as a tax-based system.

To me, the fact that it keeps returning in spite of this evidence is enough to make it an example of what we call a "zombie." A zombie is an idea that is intellectually dead, but will not go away,

concerne les conséquences de certaines formules au niveau de la répartition du revenu. Je n'ai jamais laissé entendre que certains auraient des intentions malveillantes. La recherche rationnelle de son avantage personnel est un principe fondamental en sciences économiques. Selon une maxime du droit, une personne est présumée vouloir que ses actes aient certaines conséquences, et pour ma part, je cherche simplement à vous exposer quelles pourraient être ces conséquences. Après, ce sera au comité de décider.

Pour ce qui est de prévoir une mesure de récupération fiscale en fonction du recours au système, je crois n'avoir pas grand-chose à ajouter à l'analyse fort convaincante de Mme Deber à cet égard. Ayant été responsable d'une bonne partie de la crise que causent les dépenses sanitaires, je suis très sensible à ses arguments. Ce que je peux ajouter, c'est que vous devez vous rappeler que ce genre de mesure ne ferait que créer un ticket modérateur non transparent. Cette proposition-là a fait l'objet d'un débat intense au sein du Conseil économique de l'Ontario dans les années 70. Marty Feldstein l'a proposé aux États-Unis en 1973. C'est quelque chose dont on parle depuis longtemps, mais l'on en vient toujours à la conclusion que voici: d'abord, c'est une forme non transparente de ticket modérateur, c'est-à-dire un droit caché que les gens ne comprendront pas. Deuxièmement, c'est une façon bien transparente de communiquer à la population que vous prélevez un impôt auprès des malades, puisque c'est inscrit au barème d'imposition.

Je me permets aussi de souligner les arguments avancés concernant le fait que l'utilisation du système est concentrée dans un petit segment de la population. Une étude en Colombie-Britannique qui est actuellement en voie de rédaction tire essentiellement la même conclusion. Ceux qui ont le plus recours au système sont des personnes âgées, dont un nombre disproportionné sont des femmes, ou alors pauvres, et leur taux de mortalité est également disproportionné. C'est-à-dire qu'ils ont sept ou huit fois le taux de mortalité de la population générale. Ce sont des gens malades qui ont de multiples problèmes de santé. Il est fort douteux aussi qu'ils reçoivent les soins les plus appropriés ou les plus économiques. Par contre, ce qui n'est pas en doute, c'est le fait qu'ils sont malades. Ça, c'est une constatation qui est facile à faire.

Par conséquent, il me semble que cette option cesse d'être plausible, du point de vue de l'intérêt public, ce qui explique qu'on en discute depuis si longtemps mais qu'on finit toujours par l'écarter. De plus, il n'est pas vrai qu'elle règle le problème de la redistribution du revenu. Si vous prenez le temps d'analyser la déclaration d'impôt canadienne, ce que j'ai fait, ainsi que la proportion du revenu d'un contribuable qui serait payée en impôt pour les diverses tranches de revenu selon diverses hypothèses en ce qui concerne l'utilisation, vous verrez que cette proportion baisse à mesure qu'on monte dans les différentes tranches de revenu. C'est une mesure régressive, bien qu'elle le soit un peu moins qu'un ticket modérateur pur et simple. Mais elle n'a pas le même effet qu'une mesure qui passe par le régime fiscal.

Pour moi, le fait qu'elle revienne sans arrêt sur le tapis prouve qu'il s'agit vraiment de ce qu'on appelle un «zombie». Un zombie, c'est une idée qui est morte sur le plan intellectuel, mais qui refuse

because no matter how many times you bring forward the evidence, it bounces back from the grave. A zombie has two features. First, it is superficially plausible until you look at the evidence, and second, it serves some narrow economic interest, which is what I have tried to lay out in my presentation.

Mr. Kelly: Briefly, from my point of view, the Kent idea would be preferable to a flat-rate federal premium.

The Chairman: You say you like it better than a flat-rate premium.

Mr. Kelly: I like it better than a flat-rate premium. I am not sure I like it better than continuing to utilize the general tax base as it is presently structured. Certainly, its redistributive consequences would be less deleterious than a flat-rate federal premium.

I would like to put a few numbers on the table about the flat-rate premium. Try to think of particular individuals who are adversely impacted by current premium systems in the Western provinces — for example, a single mother with two kids who makes \$15 an hour. Many people are in that situation, and \$15 an hour for a single mother is not a bad wage; that is \$30,000 a year. That income does not qualify for premium assistance in my province of British Columbia. Yet that mother pays a premium of \$1,296 from after-tax income. That is a very significant hit. That mother may already be paying as much as \$1,000 for pharmaceutical costs. To impose another flat-rate health care revenue-raising hit on top of that is not something I would encourage the committee to recommend.

Senator Morin: Mr. Darby, I see you support earmarked taxes for health funding and you used the examples of employment insurance, CPP, et cetera. The U.K., as you know, has embarked on a specific study and has recommended a move away from earmarked taxes. They now feel that health care should be funded from general revenue. They give 12 reasons for that, including flexibility, as a response to changes in demand for health care, and so on. You probably read this report. What do you think of it?

I will move to Professor Evans, and I hope that I will not be associated with Mr. Black through my question. He seems to be the most unpopular person in Canada — well, he has since moved — and I hope I am not inadvertently quoting him in my questions. Since health care delivery is funded from general revenue, part of it is funded through the GST. Should we actually abolish the GST, as it is a regressive tax? You support, as does the committee and many others, a single-payer type of funding for the health care delivery system and, in your case, through a progressive income tax. Each province, as you know, has separate

de disparaître: on a beau faire la preuve de sa non-viabilité à chaque fois, elle ressort toujours de sa tombe. Un zombie a deux grandes caractéristiques. D'abord il semble plausible, en surface, jusqu'à ce que vous l'examiniez en détail et ensuite, il sert un intérêt économique très étroit, qui est ce que j'ai essayé de montrer dans mon exposé.

M. Kelly: Très brièvement, en ce qui me concerne, l'idée de M. Kent serait préférable à une prime fédérale à taux uniforme.

Le président: Donc, vous préférez cette proposition-là à l'idée d'une prime à taux uniforme.

M. Kelly: Oui, tout à fait. Je ne suis pas sûr de la préférer à la possibilité de continuer de recourir au régime fiscal, tel qu'il est actuellement structuré. Il ne fait aucun doute que comparativement à une prime fédérale à taux uniforme, ses conséquences au plan de la redistribution du revenu seraient moins graves.

J'aimerais vous donner quelques statistiques concernant la prime à taux uniforme. Songez un moment à la situation de personnes qui sont défavorisées par les systèmes de primes actuels qu'appliquent les provinces de l'Ouest — par exemple, une mère seule avec deux enfants qui gagne 15 \$ de l'heure. Beaucoup de gens se trouvent dans cette situation, et 15 \$ de l'heure n'est pas un mauvais salaire pour une mère seule — ça représente 30 000 \$ par an. Mais ce revenu est trop élevé pour lui donner droit dans la province de la Colombie-Britannique à une réduction de la prime. Ainsi cette mère seule paie une prime de 1 296 \$ à partir de son revenu après impôt. C'est une forte somme. Cette personne a peut-être déjà à supporter une dépense de 1 000 \$ pour les frais de médicaments. Donc, je n'encourage pas le comité à recommander qu'on lui impose, en plus, une prime à taux uniforme afin de mieux financer le système de soins de santé.

Le sénateur Morin: Monsieur Darby, je vois que vous êtes en faveur d'impôts à affectation spéciale pour financer le système de soins, et à cet égard, vous avez cité les exemples de l'assurance-emploi, du RPC, et cetera. Au Royaume-Uni, comme vous le savez certainement, l'une des recommandations d'une étude menée sur la question était d'éliminer progressivement les taxes ou impôts à affectation spéciale. De plus en plus, les experts estiment que le système de soins devrait être financé par le Trésor. Ils citent 12 raisons de procéder de cette façon, y compris celle de la souplesse, qui permet de mieux réagir à la demande changeante en matière de soins, et cetera. Vous avez sans doute lu ce rapport. Qu'en avez-vous pensé?

Je voudrais maintenant adresser une question au professeur Evans, et j'espère qu'on ne m'associera pas à M. Black en conséquence. Il semble être la personne la plus impopulaire au Canada — il a déménagé depuis — et j'espère ne pas le citer involontairement dans mes questions. Puisque la prestation des soins est financée par le Trésor, on peut supposer que les recettes recueillies grâce à la TPS y contribuent. Faut-il donc abolir la TPS, puisqu'il s'agit d'une taxe régressive? Comme le comité et bien d'autres experts, vous favorisez une formule de financement à payeur unique pour notre système de soins, et vous

funding for its Workers' Compensation Board. Why do you think that is the case, and what is your opinion of it as a specific funding mechanism for health care delivery?

Mr. Kelly, I am not certain, but I thought that in your brief you were supporting progressive health care premiums. However, now I see that you seem to be moving away from that. My question has to do with the non-payment of premiums, which is a problem in Alberta, as you know. I am not sure whether you support premiums. However, if you do, that was my question.

My question was based, I must say, on the brief. Perhaps I did not read it correctly, but you seem to have shifted your position somewhat there.

Professor Deber, I have one question for you. A single-payer system is the most economical way of funding health care. Obviously, if there were many insurance plans we would see the same situation as in the U.S. The ideal way is a single insurer.

We may move to multiple funding for different reasons — not reasons of sustainability, but rather, for example, of availability. I will make a hypothesis about a situation in which a service is not available in a given time and the patient's life is actually at risk as a result. Should this person not have the opportunity to purchase private insurance within this country? They should not have to move across borders.

Mr. Robinson, Mr. Clair has been in support of pre-funding. I believe you are aware that this has not been implemented in Quebec and will not be. The main reason is that it would imply increased taxation for those Canadians to support whatever increase in cost is needed for the present health care system, plus a tax to pay for future costs. The popularity of tax increases is not very great. The Clair recommendation was very logical and along the lines of the system that Germany has had for many years. I doubt if that is politically possible, but perhaps you have a different view.

Mr. Darby: We did indicate in our brief that, subject to the redistribution issue — and that can be handled through the income tax system — our preference was for taxes on consumption. We did indicate that it might also be possible to consider a tax that would relate directly to health care systems and to estimates of the increased burden of expenditure that we see over the next 30 years. Some of them, for reasons that Mr. Robinson has already indicated, have to do with the demographic pressures that the system will experience with the aging population.

recommandez aussi que cela passe par un impôt progressif. Comme vous le savez, chaque province a une caisse distincte pour financer sa Commission des accidents du travail. À votre avis, pourquoi est-ce ainsi, et que pensez-vous de ce mécanisme de financement pour assurer la prestation des soins de santé?

Monsieur Kelly, je n'en suis pas tout à fait sûr, mais il me semblait que vous vous prononciez dans votre mémoire en faveur de primes d'assurance-santé progressives. Cependant, je constate maintenant que vous semblez ne plus être aussi favorable à cette idée. Ma question concerne le non-paiement des primes, qui pose problème en Alberta, comme vous le savez. Je ne suis pas sûr que vous soyez vraiment en faveur des primes. Mais si vous l'êtes, voilà la question que je voulais vous poser.

Encore une fois, je fondais ma question sur ce que j'ai retiré de votre mémoire. Peut-être que je ne l'ai pas bien lu, mais vous semblez avoir quelque peu changé de position à cet égard.

Madame Deber, j'ai une question à vous poser. Un système à payeur unique correspond au moyen le plus économique de financer la prestation des soins de santé. Évidemment, si nous avions de nombreux régimes d'assurance différents, nous nous retrouverions dans la même situation qu'aux États-Unis. Donc, la formule idéale est celle de l'assureur unique.

Nous voudrions peut-être prévoir de multiples sources de financement pour diverses raisons — non pas des raisons de viabilité, mais plutôt de disponibilité. Parlons de la situation hypothétique où un service ne serait pas disponible à un moment donné et que la vie du patient serait en danger pour cette raison. Ce dernier ne devrait-il pas avoir le droit de contracter une assurance privée au Canada? Il n'est pas normal à mon avis qu'il ait à s'adresser à un autre pays pour obtenir ce dont il a besoin.

Monsieur Robinson, M. Clair s'est prononcé en faveur du préfinancement. Vous êtes certainement conscient du fait qu'un tel système n'a pas été mis en oeuvre au Québec et ne le sera pas. La principale raison en est qu'il faudrait faire payer plus d'impôt à ces Canadiens-là pour supporter les dépenses accrues associées à l'actuel système de soins, en plus d'un impôt spécial pour supporter les dépenses futures. Généralement, les gens n'aiment pas trop qu'on leur demande de payer plus d'impôt. La recommandation de la commission Clair était fort logique et ressemblait au système qui est en vigueur en Allemagne depuis bien des années. Je doute que ce soit possible de l'implanter ici, pour des raisons politiques, mais vous n'êtes peut-être pas du même avis.

M. Darby: Nous avons précisé dans notre mémoire que sous réserve du règlement du problème de la redistribution du revenu — problème qui peut être réglé si l'on passe par le régime fiscal — nous avons une nette préférence pour les taxes de consommation. De plus, nous avons indiqué qu'on pourrait envisager de créer une taxe qui serait directement liée au système de soins et aux estimations des dépenses accrues qu'il faudra assumer au cours des 30 prochaines années. Certaines d'entre elles, pour les raisons déjà expliquées par M. Robinson, découlent des pressions démographiques qui s'exerceront sur le système en raison du vieillissement de la population.

The advantage that we saw — and there are a number of disadvantages, as you are well aware from the British report — was twofold. To some extent, you tie increases in health care costs to demographic trends, and others, to an increase in general revenue required to fund those increased societal costs. Not that long ago, we looked at demographic pressure on the Canada Pension Plan. There were increases in premiums in order to fund that plan and put it back on a sustainable basis. The Canadian population generally accepted those increases in premiums because they could see the connection between the increased funding required, and targeted toward a specific plan, and the increased costs they would have to pay out of their pocketbooks. This was after-tax revenue.

The Chairman: Is it not true that those were flat increases, in the sense that individuals paid the same CPP increase regardless of their income level?

Mr. Darby: That is correct.

The Chairman: In that sense, it is a counter-example to Professor Evans's data — not that his conclusions were wrong, but just that there is a precedent in Canada for doing exactly that.

Mr. Darby: Again, we get back to redistribution issues being addressed through the income tax system in other ways, if you like. It is obviously a complex issue. However, the increased funding for the CPP was required because of some sense that it too was non-sustainable because of demographic pressure. There was at least some pressure for doing something similar in Canada. This increase in costs as we go forward may, in fact, be temporary to some extent, because once we get to a period in which the baby boom no longer exists and those demographic pressures begin to tail off, we could even imagine a situation in which health care costs on a real per-capita basis in Canada could fall. At that time, you can look at changing the funding for the system.

There is some attraction in the CPP precedent, in the sense that when you see some increased funding pressure, you make an estimate of the amount, and you increase in a targeted way the revenue you are collecting.

Mr. Evans: I have two comments. First, the demographics of the aging population is a leading example of a zombie. There have been studies of this, including by the Economic Council of Canada in 1978, the Canadian Society of Actuaries, the report from Health Canada earlier this year, and through much of the work we have done, all saying that demographics alone is not the issue.

The Chairman: This committee has repeatedly said that demographics is the least significant of a whole series of components, including drug costs, technology and a variety of other things. That is not to say you should ignore it, but it is not the driving variable.

L'avantage qu'on y voyait — et il y a aussi de nombreux inconvénients, comme vous le savez fort bien, puisque vous avez lu le rapport britannique — était double. Dans une certaine mesure, vous rattachez l'augmentation des coûts des soins de santé aux tendances démographiques qui se dessinent, alors que d'autres sont mis en rapport avec une augmentation des recettes générales requises pour financer ces dépenses sociales accrues. Il n'y a pas si longtemps, nous avons été sensibilisés aux pressions démographiques qui s'exercent sur le Régime de pensions du Canada. Les primes ont été augmentées pour continuer de financer ce régime et pour en assurer sa viabilité. Les Canadiens ont généralement accepté de payer des primes plus importantes parce qu'ils comprenaient le lien entre le financement accru d'un régime bien spécifique, et les frais accrus qu'ils auraient à payer de leur poche — c'est-à-dire qu'on parle des revenus après impôt.

Le président: N'est-il pas vrai qu'il s'agissait d'une augmentation uniforme, en ce sens que tous les Canadiens se sont vu imposer la même augmentation au titre du RPC, quel que soit leur niveau de revenu?

M. Darby: C'est exact.

Le président: Cet exemple fait donc contraste avec les données recueillies par le professeur Evans — je ne veux pas dire par là que ses conclusions étaient inexactes, mais simplement qu'il existe un précédent au Canada pour ce genre de mesure.

M. Darby: Encore une fois, cela nous ramène à envisager d'autres façons de régler le problème de la redistribution du revenu, mais toujours en passant par le régime fiscal. Il va sans dire que c'est une question complexe. Cependant, le financement accru du RPC était nécessaire parce qu'on sentait que ce régime ne serait plus viable en raison de fortes pressions démographiques. Donc, il y a eu des pressions pour prendre ce genre de mesure au Canada. Cette augmentation des dépenses futures sera peut-être temporaire jusqu'à un certain point, car quand nous arriverons à la période où il n'y aura plus de baby-boomers, ces pressions démographiques iront en diminuant, si bien qu'on pourrait même imaginer que les dépenses sanitaires réelles par habitant diminuent au Canada. À ce moment-là, on pourra envisager de modifier la méthode de financement du système.

Mais le précédent du RPC est assez intéressant, en ce sens qu'il est possible, lorsqu'on prévoit que des crédits accrus seront nécessaires, de faire une estimation du montant requis et de prélever de manière ciblée des recettes plus importantes.

M. Evans: J'ai deux observations à faire. D'abord, le profil démographique de la population vieillissante est l'un des principaux exemples du zombie. Tout cela a fait l'objet d'études, y compris par le Conseil économique du Canada en 1978, et la Société canadienne des actuaires; de plus, il y a eu le rapport de Santé Canada plus tôt cette année, et une bonne partie de nos recherches permet également de conclure que la forte population vieillissante au Canada n'est pas le seul problème.

Le président: Le comité a souvent répété que l'évolution démographique est le moins important de toute une série de facteurs, y compris le coût des médicaments, la technologie et une gamme d'autres choses. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas en tenir compte, mais ce n'est pas la variable la plus critique.

Senator Morin: Chronic disease is more common in the elderly population.

Mr. Evans: The issue is how you treat the elderly, not how many there are.

I can give you a very easy way to pre-fund: Pay down the public debt. That is all. That does it for you. The difference between that and the various schemes that have been floated is that, when you pay down the public debt, the burden of the pre-funding is distributed more or less in proportion to the tax base. On the other hand, if you set up a separate system that again uses per-capita charges of one sort or another — I take your point about poll taxes — the problem is that poll taxes is exactly what they are. Transparency is enhanced if you say what they are — except, as you point out, people do not understand them.

The Chairman: The only people to whom the term "poll tax" makes sense are academics. The rest of us do not use that word any more.

Mr. Evans: That word also makes sense to the British, who lived through Mrs. Thatcher.

The issue of pre-funding is as much, or more, of a distributional issue as an issue of doing things over time. If you really just wanted to pre-fund the system, that would certainly be my recommendation as a taxpayer — pay down the public debt. That is perfectly straightforward, and leaves you more tax room later when it is needed.

Now I will move on to specific questions. Would I be in favour of getting rid of the GST? I will recast my remarks. Again, under the principle of transparency, I am trying to lay out as clearly as I can, first, the consequences of different choices, whatever my personal views, and second, which groups benefit from those choices. The notion that there is a collective "we" who will benefit from these particular tax choices is, as I think the chairman made clear at the beginning, simply incorrect. There will be winners and there will be losers. Who will win, and how much? Is that winning and losing pattern connected to the advocacy of different policies? The answer to that question is, of course. What would you expect?

I have not really thought hard about whether the GST would be better replaced by an increase in the income tax because it seemed like an unlikely prospect. My colleague, John Kesselman, has produced a number of schemes to make commodity taxes, consumption taxes, progressive, or at least less regressive. Those are interesting. To the best of my knowledge, no one has ever implemented that. I would argue that it is partly because they are complex and partly because the advocacy of consumption taxes is based on their distributional consequences. The people who

Le sénateur Morin: Les maladies chroniques sont plus fréquentes chez les personnes âgées.

M. Evans: Ce qui compte, c'est la façon de traiter les personnes âgées, et pas leur nombre.

Je peux vous proposer une méthode facile de préfinancement: rembourser la dette publique. C'est tout. Ça suffira. La différence entre cette solution-là et les autres mécanismes qui ont été proposés, c'est que quand vous remboursez la dette publique, le fardeau du préfinancement est réparti plus ou moins en proportion de l'assiette fiscale. Par contre, si vous créez un régime distinct qui impose des frais par habitant d'une forme ou d'une autre — et je comprends votre argument concernant les formules de capitation — le problème, c'est que cela correspond parfaitement à une formule capitation. La transparence est plus grande si vous dites ouvertement à la population de quoi il s'agit — sauf que, comme vous l'avez dit vous-même, les gens ne comprennent pas bien ce concept.

Le président: Les seuls qui comprennent ce terme sont les universitaires. Nous et le reste de la population n'utilisons plus cette expression.

M. Evans: Les Britanniques y sont également sensibles, puisqu'ils ont vécu les politiques de Mme Thatcher.

La question du préfinancement est liée tout autant, ou même davantage, à celle de la répartition que la méthode de financement au fur et à mesure. Si vous souhaitiez vraiment préfinancer le système — et c'est la recommandation que je vous ferai en tant que contribuable — vous rembourseriez la dette publique. C'est une méthode simple et directe, et vous auriez ainsi plus de marge fiscale plus tard, quand vous en auriez besoin.

Maintenant je vais essayer de répondre à quelques questions précises. Serais-je en faveur de l'élimination de la TPS? Permettez-moi de reformuler ce que j'ai dit tout à l'heure. Encore une fois, conformément au principe de la transparence, j'essaie de vous expliquer aussi clairement que possible, premièrement, les conséquences de différents choix, quelles que soient mes vues personnelles, deuxièmement, quels groupes bénéficient le plus de ces différents choix. La notion selon laquelle «nous», collectivement, allons bénéficier de ces choix fiscaux est tout à fait inexact, comme l'a clairement indiqué le président au début de la séance. Il y aura forcément des gagnants et des perdants. Qui gagnera, et combien? Peut-on rattacher le fait que certains seront gagnants, et d'autres, perdants, à des politiques précises? La réponse à cette question est oui, bien entendu. Comment pourrait-on s'attendre à autre chose?

Je n'ai pas vraiment réfléchi à la question de savoir s'il vaudrait mieux remplacer la TPS par une augmentation des impôts, parce que cela me semblait peu probable. Mon collègue, John Kesselman, a élaboré diverses formules qui font en sorte que les taxes de consommation sont progressives, ou du moins moins régressives. Elles sont intéressantes. À ma connaissance, personne ne les a jamais appliquées. À mon avis, c'est en partie parce qu'elles sont complexes et parce que ceux qui les défendent le font à cause de leur incidence sur la répartition. Ceux qui les défendent

advocate them stand to gain, and that would all be spoiled if you introduced some complex system that removed the progressive aspects.

As for the Workers' Compensation Board, the real issue there is the distortional effects it can have on the delivery of health care in the public system by virtue of its paying for people to "jump the queue" essentially.

As to how it is financed, my understanding is that the principle is to try to distribute the burdens among employers in proportion to the risk of their occupations, so that employers in high-risk industries should pay high premiums on behalf of their employees because the aim is to encourage employers to produce safer environments. That is very different from what Professor Deber pointed out, about how we are going to tax the sick because they were somehow responsible for getting cancer.

We tax cigarettes partly for that reason. We want to discourage people from using a product that is likely to cause cancer. That is the framework in which one should look at the WCB.

Mr. Kelly: With respect to paying down the debt, one additional advantage to doing that rather than pre-funding future health care costs is that it gives us a great deal more policy flexibility. We think we know what the health care picture will look like 20 years down the road, in terms of a general sense of costs and delivery issues and so on, but we have been wrong before when projecting health care problems into the future. It might be better to pay down the debt, with the policy flexibility that will produce, rather than pre-funding and then finding out we have got it wrong and still have the debt.

The Chairman: Before we go on, I must challenge you on that issue. We are not dealing with the theoretical world of academic economics; we are dealing with the practical world of actual tax making. If we want to persuade Canadians that they should pay more for health care, this committee has taken the position that it is critical that they see that extra money actually going to the system, which is what a number of you commented on under the issue of "transparency."

If you told Canadians that \$5 billion or \$6 billion a year will be used to pay down the debt and the resulting interest savings will go into health care, to put it bluntly, I would have serious doubts as to whether that would be a saleable proposition. Despite its intellectual appeal, it seems to me — and this is a personal view, not the committee's — that it is a total political non-starter.

sont susceptibles d'y gagner, et tout cela serait gâché si l'on introduisait un système complexe qui n'avait plus de caractère progressif.

S'agissant des Commissions des accidents du travail, le vrai problème qu'elles posent est celui des distorsions qu'elles peuvent entraîner au niveau de la prestation des soins dans le système public, étant donné que ces dernières paient pour permettre à certains de passer avant les autres.

Quant à la méthode de financement de ce genre de régime, je crois comprendre que le principe de base consiste à répartir le fardeau entre les employeurs en proportion du risque que présentent les métiers de leurs travailleurs, si bien que les employeurs d'industries à risque élevé seraient appelés à payer des primes plus élevées au nom de leurs employés, puisqu'il s'agit d'encourager les employeurs à créer un milieu de travail sûr et sécuritaire. C'est d'ailleurs très différent de ce que décrivait Mme Deber, qui disait que nous allons faire payer des impôts aux malades, soi-disant parce que ce serait de leur faute s'ils ont un cancer.

Le fait est que nous prélevons une taxe sur les cigarettes en partie pour cette raison-là. Nous voulons décourager les gens d'utiliser un produit qui est susceptible d'être cancérogène. C'est dans cette même optique que nous devons examiner les CAT.

M. Kelly: En ce qui concerne le remboursement de la dette, l'avantage additionnel que présente cette option-là, par opposition au préfinancement des dépenses sanitaires futures, c'est qu'elle nous donne beaucoup plus de latitude en ce qui concerne les politiques à définir. Nous croyons savoir quelle sera la situation du système des soins dans une vingtaine d'années, du point de vue des dépenses, des problèmes de prestation, et cetera, mais nos projections concernant les futurs problèmes du système de santé n'ont pas toujours été exactes. Il vaudrait peut-être mieux rembourser la dette, étant donné que nous aurons ensuite toute latitude pour définir les politiques les plus appropriées, plutôt que de prévoir le préfinancement du système et de découvrir plus tard que nous avons mal fait nos calculs, alors que la dette n'est toujours pas remboursée.

Le président: Avant de passer à autre chose, je dois vous dire qu'à cet égard, je ne suis pas d'accord avec vous. Nous ne parlons pas ici du monde théorique des sciences économiques des milieux universitaires; nous parlons ici du monde pratique du prélèvement des impôts. Si nous voulons persuader les Canadiens qu'ils devraient payer davantage pour leur système de santé, d'après ce comité, il est critique qu'ils puissent voir que ces crédits supplémentaires sont vraiment utilisés pour financer le système, ce qui rejoint ce que certains d'entre vous disaient au sujet de la transparence.

Si vous disiez aux Canadiens que 5 ou 6 milliards de dollars par an seraient consacrés au remboursement de la dette et que les économies d'intérêts qui en résultent serviraient à financer le système de soins, je crois très sincèrement que vous auriez beaucoup de mal à leur faire accepter cette idée-là. Malgré son attrait intellectuel, il me semble — et là j'exprime mon avis

The other issue we must keep in mind is that currently, governments take in money and it apparently vanishes, in the sense that people are not able to say, "I paid this amount of money, and this is what I get in return."

The committee was clear in its last volume that if people are to be asked to contribute additional money, they must have some confidence — I would say almost bordering on certainty — that the money will be used to provide additional services, or at least go directly into health care. That is one of the arguments against just a general income tax increase. You need an element of certainty in the system and we must address that.

Mr. Kelly: Are we talking about additional health care costs now, or in the future?

The Chairman: We are talking about both.

Mr. Kelly: I view paying down the debt in terms of Mr. Robinson's issue, raised earlier this morning, that we should be pre-paying now — if I understood him correctly — in order to be in a position to fund costs that will be incurred down the road. We might be much better off giving ourselves flexibility, so that 20 years from now, we can do what we want to do, or what voters and politicians 20 years down the road want to do. We are not just dealing with hard politics; we are also dealing with human behaviour. I do not think any of us know how the boomers will behave when they hit 75.

The Chairman: No one disputes that. I am saying that there needs to be a cause and effect here. My concern about the paying down the debt argument is that average citizens would regard the cause and effect linkage as pretty tenuous.

Mr. Kelly: Let me make one other point. I have worked for 15 different ministers in three different provinces. Some of them were incredibly effective communicators. I do not believe that it is beyond the ability of political leadership in this country to enter into an informed debate with the Canadian public and convince them that paying down the debt is a very good idea in terms of their future and the future of their children.

In regard to Senator Morin's question, I have no problem with flat-rate premiums as an income-raising measure as long as they are income tested at the lower end and reasonable. My sense is that recently, those premium levels imposed in the Western provinces have become somewhat onerous. I ran the Alberta health care insurance plan from 1989 to 1995, and then I ran the B.C. equivalent for a short period after that. We certainly had a significant non-payment problem in both provinces. It was my

personnel, pas celui du comité — que cela n'a absolument aucune chance d'être considéré comme étant acceptable sur le plan politique.

L'autre question qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est qu'à l'heure actuelle, les gouvernements prennent l'argent des citoyens qui semble disparaître, et par là je veux dire que les gens ne sont pas en mesure de dire: «J'ai payé tant, et voilà ce que j'ai eu en échange.»

Le comité a clairement indiqué dans son dernier volume que si l'on compte demander aux citoyens de payer davantage, il faut que ces derniers soient relativement convaincus — et je dirais même presque sûrs — que l'argent ainsi réuni servira à fournir des services additionnels, ou du moins, à financer directement le système de soins. Voilà l'un des arguments qui militent contre une augmentation de l'impôt général. Il faut cet élément de certitude, et nous devons en tenir compte.

M. Kelly: Parlons-nous des dépenses sanitaires additionnelles à l'heure actuelle, ou à l'avenir?

Le président: Des deux.

M. Kelly: Mon opinion sur le remboursement de la dette rejoint ce que disait M. Robinson tout à l'heure, à savoir que nous devrions assurer le préfinancement dès maintenant — si j'ai bien compris ses propos — pour être à même de supporter les dépenses que nous aurons à engager dans le futur. Nous ferions peut-être mieux de nous donner cette latitude-là, de sorte que nous puissions faire exactement ce que nous voulons, ou ce que voudront les électeurs et responsables politiques dans une vingtaine d'années. Nous ne parlons pas ici simplement de politique; nous parlons aussi de comportement humain. À mon avis, aucun d'entre nous ne sait comment les baby-boomers réagiront lorsqu'ils auront 75 ans.

Le président: Personne ne conteste ce que vous dites. Je prétends simplement qu'il doit y avoir un lien de causalité. Si l'argument du remboursement de la dette ne me convainc pas vraiment, c'est parce que le lien de causalité dont je parle serait assez ténu pour le citoyen moyen.

M. Kelly: Il y a un autre point qu'il est important de soulever à mon avis. Pour ma part, j'ai travaillé pour une quinzaine de ministres différents dans trois provinces différentes. Certains d'entre eux étaient d'excellents communicateurs. À mon avis, il n'est donc pas inconcevable que les dirigeants politiques au Canada puissent ouvrir un dialogue éclairé avec les citoyens et les convaincre que le remboursement de la dette est très avantageux du point de vue de leur avenir et de celui de leurs enfants.

Pour répondre à la question du sénateur Morin, je ne suis pas contre les primes à taux uniforme en tant que mesure d'accroissement des recettes, à condition qu'elles soient testées par rapport au revenu et que les personnes à plus faible revenu les acceptent. J'ai l'impression que dernièrement, les primes imposées dans les provinces de l'Ouest sont devenues un peu trop onéreuses. J'étais chargé d'administrer le régime d'assurance-santé en Alberta de 1989 à 1995, et j'ai ensuite administré celui de

sense that that was due, to a considerable degree, to the fact that people at the lower end of the income scale were really struggling to pay. Some of them could not afford it, so they did not pay.

The Chairman: What happens in those provinces when people have not paid?

Senator Morin: Nothing. That is the problem.

Mr. Kelly: It varies. Alberta is somewhat more aggressive than B.C. has been to date in imposing penalties and pursuing debtors. Neither province strikes individuals off the registration file. Were they to do so, of course, they would torpedo the universality principle of the Canada Health Act. I hope that will not happen.

Ms Deber: Senator, the question of what happens when someone needs a life-saving procedure and cannot get it is clearly a critical one. The trouble is that insurance cannot step in at that point, because insurance is about risk pooling and probability of risk. Once you know you need a procedure, it is no longer a probability; it is a certainty.

Senator Morin: I said "purchase."

Ms Deber: You cannot purchase insurance.

Senator Morin: Forget insurance. Can you purchase a procedure?

The Chairman: So there is no confusion, let me clarify the question. Currently in Canada, you cannot buy health insurance that will pay for services at, for example, a private hospital. As a Canadian, you can buy insurance that will get you health care coverage in the United States.

The question that Senator Morin raised — and I do not think you need to take it all the way to a life-saving procedure — was whether individuals who want a hip replacement, because it will improve substantially their quality of life, should be able to buy an insurance policy in Canada. They are for sale in the country.

Mr. Evans: They will not sell it to you.

The Chairman: You can buy a health insurance policy that will cover a whole series of things. You do not buy it once you become sick. You buy it as you do any ongoing insurance, such as your car insurance. You can now buy such a policy in Canada in order to receive treatment in various places in the United States.

la Colombie-Britannique pendant une courte période par la suite. Je peux vous assurer que nous avons connu de graves problèmes de non-paiement dans les deux provinces. J'avais vraiment l'impression que dans bien des cas, c'était parce que les personnes à plus faible revenu avaient vraiment du mal à payer. Certaines d'entre elles n'avaient tout simplement pas les moyens de les payer, et donc, elles ne les payaient pas.

Le président: Qu'arrive-t-il dans ces provinces lorsque les gens ne paient pas?

Le sénateur Morin: Rien. C'est ça le problème.

M. Kelly: Ça dépend. L'Alberta est un peu plus susceptible d'imposer des contraventions et de chercher à faire payer les débiteurs que la Colombie-Britannique. Mais aucune des deux ne supprime l'inscription de ces personnes. Si elles le faisaient, ce serait évidemment contraire au principe de l'universalité de la Loi canadienne sur la santé. J'espère que cela ne se produira pas.

Mme Deber: Sénateur, la question de savoir ce qui arrive quand quelqu'un a besoin d'un service ou intervention médicale qui peut lui sauver la vie et ne peut pas l'obtenir est tout à fait critique. Le problème, c'est que l'assurance ne représente pas une solution à ce moment-là, puisqu'une assurance repose sur la mise en commun des risques et la probabilité que les risques en question se concrétisent. Du moment qu'on sait qu'on doit subir tel traitement ou acte médical, ce n'est plus une probabilité; c'est une certitude.

Le sénateur Morin: J'ai dit «contracter» une assurance.

Mme Deber: On ne peut pas contracter une assurance.

Le sénateur Morin: Laissez tomber la question des assurances. Peut-on «acheter» une intervention ou acte médical?

Le président: Pour éviter toute possibilité de confusion, permettez-moi de clarifier la question. À l'heure actuelle au Canada, il n'est pas possible de contracter une assurance-santé qui paiera des services dispensés par un hôpital privé, par exemple. En tant que citoyen canadien, vous pouvez contracter une assurance qui vous permet de recevoir des soins médicaux aux États-Unis.

La question soulevée par le sénateur Morin — et à mon avis, ce n'est pas la peine d'évoquer un cas extrême où la vie d'une personne serait en danger — est celle de savoir si une personne qui veut subir une intervention de remplacement de la hanche, sachant que cela améliorera sa qualité de vie, devrait avoir la possibilité de souscrire une assurance au Canada. Ce genre d'assurance est disponible au Canada.

M. Evans: Les assureurs ne vous donneront pas une assurance.

Le président: Il est possible de contracter une assurance médicale qui couvre toutes sortes de choses. On ne peut pas la souscrire une fois qu'on est malade, mais on peut se procurer ce genre d'assurance et l'avoir en permanence, un peu comme l'assurance-automobile. Il est maintenant possible de contracter une assurance au Canada qui vous permet de vous faire soigner à divers endroits aux États-Unis.

The question Senator Morin raised was, since you can buy it in Canada for treatment outside the country, why can you not buy it for treatment inside the country?

The second thing is that if having to wait a long time would be an expensive proposition, then whether you buy insurance or not, you just pay for the service.

Senator Morin: That was my first question. My second question is about a life-saving procedure that you would purchase without going through insurance. I realize that at that time, you will not be able to purchase insurance because you are high risk. I understand that argument. Let us deal with just purchasing the service.

Ms Deber: We have been tangling with a couple of things that I would not mind getting into. One is the issue of public versus private delivery. It is important to recognize that delivery is already private. Hospitals in Canada are not public —

The Chairman: Just to be clear, this committee uses "private" to mean "private, for profit."

Ms Deber: There has been much confusion around private, for profit, between "small business" and "corporate," and we can get into some of that if we want to. There is a heck of a difference between the small business for profit, like the Shouldice Clinic or the Cross Cancer Clinic, and the industrial corporations. Their response to incentives is different, and there are many issues there.

If you are talking about whether people should be able to buy extra services, I am sorry, but I am a bit confused.

I thought the committee had accepted the principle that there should be a single payer for medically necessary care.

Senator Morin: Just answer my question, please.

Ms Deber: Your question contains a few elements. If you are saying that if you need medically necessary care that the publicly funded system is not providing, you should be able to buy it, I believe the committee had already said that this was a bad idea, and that high-quality, medically necessary care should be provided in a timely manner.

Whether or not you should you be able to buy insurance is a real question. I have spoken to benefits managers who are becoming increasingly upset about the number of costs that have been dumped on them for which they did not budget, and that the premiums were not set to cover. Employers and insurers are now finding themselves stuck with pharmaceutical costs that they do

La question posée par le sénateur Morin est celle-ci: puisqu'on peut contracter une assurance au Canada pour se faire soigner à l'extérieur du pays, pourquoi ne serait-il pas possible d'en contracter pour recevoir des soins au Canada?

Deuxièmement, si le fait d'avoir à attendre longtemps risque de vous coûter la vie, à ce moment-là, qu'on soit assuré ou non, on pourrait tout simplement payer le service en question.

Le sénateur Morin: C'était ça ma première question. La seconde concernait une intervention ou service médical nécessaire à la survie que vous achèteriez sans passer par une assurance. Je me rends très bien compte qu'à ce moment-là, on ne peut plus contracter une assurance, étant donné qu'on est considéré comme une personne à hauts risques. Je comprends très bien cet argument-là. Parlons donc simplement de l'achat d'un service.

Mme Deber: Nous parlons depuis un moment d'un certain nombre de difficultés dont j'aimerais peut-être discuter avec vous. D'abord, la question de la prestation des soins par les secteurs public ou privé. Il faut reconnaître que le secteur privé assure déjà la prestation des services. Les hôpitaux ne sont pas des établissements publics...

Le président: Pour que ce soit bien clair, le terme «privé» englobe pour le comité la notion d'activités menées «à but lucratif».

Mme Deber: Il y a énormément de confusion entourant les termes «privé», «à but lucratif», «petit établissement commercial» et «grand établissement commercial», et on peut aborder cette question si vous voulez. Il y a une différence sensible entre un petit établissement de soins à but lucratif, comme la Clinique Shouldice ou la Clinique de cancérologie Cross, et les grands établissements industriels. Ces derniers réagissent différemment aux mesures d'incitation et cela suppose des problèmes.

Mais si vous parlez de la possibilité de permettre aux citoyens d'acheter des services supplémentaires, j'avoue que là, je ne vous comprends plus.

Je croyais que le comité avait retenu le principe du payeur unique pour les soins médicaux essentiels.

Le sénateur Morin: Veuillez répondre à ma question, s'il vous plaît.

Mme Deber: Votre question comporte plusieurs éléments différents. Si vous me dites que vous devriez être en mesure d'acheter des services médicaux essentiels que le système public ne vous fournit pas, eh bien, il me semble que le comité a déjà établi que ce n'est pas une bonne idée, et que des soins médicaux essentiels de qualité élevée devraient être assurés à la population en temps utile.

La vraie question importante dans tout cela est celle de savoir si les citoyens devraient pouvoir contracter une assurance. J'ai parlé à des responsables d'avantages sociaux qui sont de plus en plus mécontents de voir qu'on rejette sur eux la responsabilité de toutes sortes de coûts qu'ils n'ont pas prévus au budget et qui n'ont pas été pris en compte au moment de fixer les primes. Les

not think are appropriate. They are calling for the public system to stop doing that. The Ontario Chamber of Commerce said that privatization is a tax on business, and they are right.

We are back to the issue of whether you should be able to buy your way in. My feeling is, if this is medically necessary care, it is a false economy, it is penny-wise and pound foolish, not to provide people with such care when they need it. If we do not want to provide it universally and it is not part of the system, then you can buy anything you want.

I find myself somewhat confused by the question.

I should point out the part we are not doing. We are talking about pharmacare and home care. We are not talking about public health. I think some of the biggest holes that are opening up now in the system are in interventions that we know make sense, that we know have major health consequences, but that provincial governments and others are cutting back.

We have an outbreak of childhood obesity. Why is the Province of Ontario forcing school swimming pools and community recreation programs to close, and cutting back on physical education in schools? Why are we not treating water properly? Why are we not doing things about air quality? One of the reasons why the projections of the Conference Board had to be modified is that the age-adjusted utilization rates have been going down. Straightforward projections greatly overestimated health care costs because people have been getting healthier. What we were doing was working.

We are undoing it. I would really like to see some attention return to all of the interventions we know make sense. Why are we getting rid of parenting programs? Why are we getting rid of interventions to decrease the number of low birth weight babies? I am becoming very worried about the potential health costs for the current generation of children when they grow up, given the changes that many of the provinces are making. We know it is cost effective.

There is a terrifying book that shows the implications for public health in the former Soviet Union and in other countries that have privatized the system. Drug-resistant tuberculosis is appearing because people cannot afford the medications. They are buying small amounts of therapy and not treating it well enough. If there is one thing I would push, it is the public health

employeurs et assureurs constatent à présent qu'ils sont pris à payer les frais des médicaments, alors que cela ne leur semble pas correct. Ils demandent qu'on ne fasse plus ce genre de choses dans le cadre du système public. La Chambre de commerce de l'Ontario a déclaré que la privatisation des services revient à imposer une taxe auprès des entreprises, et cette dernière a tout à fait raison.

Voilà donc qui nous ramène à la question de savoir si on devrait pouvoir acheter l'accès au système. À mon avis, s'il s'agit de soins médicaux essentiels, on fait des économies de bout de chandelle en refusant d'assurer de tels soins aux personnes lorsqu'elles en ont besoin. Si nous ne souhaitons pas que l'accès à ces services ou soins soit universel ou que ces derniers soient assurés par le système, à ce moment-là, les gens peuvent acheter ce qu'ils veulent.

Donc, j'avoue que je ne comprends pas vraiment la question.

Je devrais d'ailleurs insister sur toutes les activités que nous avons abandonnées. On parle d'assurance médicale et de soins à domicile. Mais on ne parle pas de santé publique. Or les plus grosses lacunes qui se créent en ce moment concerne une intervention ou activité dont nous savons quelles sont indiquées et ont des effets importants sur l'état de santé, mais qui sont abandonnées de plus en plus par les gouvernements provinciaux et d'autres.

Nous faisons face à l'heure actuelle à un problème généralisé d'obésité juvénile. Pourquoi donc la province de l'Ontario force-t-elle les écoles à fermer leurs piscines et à réduire les cours d'éducation physique, ou les centres de loisirs communautaires, à supprimer des programmes? Pourquoi l'eau n'est-elle pas traitée convenablement? Pourquoi ne cherchons-nous pas à améliorer la qualité de l'air? Si les projections du Conference Board ont dû être modifiées, c'est en partie parce que les taux d'utilisation ajustés selon l'âge sont en baisse. Les projections simples ont considérablement surestimé les dépenses sanitaires, parce qu'en fait, l'état de santé des Canadiens s'améliore. Ce que nous faisions auparavant portait ses fruits.

Maintenant nous sommes en train de défaire tout ce travail. Pour ma part, j'aimerais qu'on recommence à s'intéresser à toutes ces interventions dont nous savons que les résultats sont positifs. Pourquoi nous débarrassons-nous des programmes conçus pour développer les compétences parentales? Pourquoi avons-nous abandonné les interventions qui visaient à faire diminuer le nombre de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale? Je commence à vraiment m'inquiéter des conséquences que cela pourrait avoir pour l'état de santé des enfants de la génération actuelle lorsqu'ils seront adultes, étant donné les changements qui sont opérés dans les provinces. L'analyse coût-efficacité nous révèle que ces interventions en valent la peine.

Il y a un livre tout à fait terrifiant qui décrit les conséquences pour la santé publique en ex-Union soviétique et dans d'autres pays de la privatisation de leurs systèmes. On a décelé la présence d'une forme de tuberculose chimio-résistante, étant donné que les gens n'ont pas les moyens d'acheter des médicaments. Ils paient certains petits traitements, mais ces traitements ne sont pas

consequences of having two tiers of care for some things, in which people get some care but not enough, and put the entire population at risk.

Senator Morin: The answer to my question is “no”?

Ms Deber: The answer to your question is that you cannot buy insurance under those circumstances. The solution must be something other than insurance. If you are asking if the person should be able to buy the service, then we are into all of the questions about non-single payer, two-tier systems and how we handle that. Again, my reading of your report was that you had rejected that option.

Senator Morin: If the waiting time is life-threatening for evidence-based cancer treatment — for example, cancer of the breast; if you do not have your treatment within two months the risk of dying is 90 per cent — there is no possibility? I can give you examples of people getting treatment within that given time — let me finish — if I understand correctly, as the patient may purchase this treatment after hours at the hospital. You feel that these patients should not have the right to purchase it?

Ms Deber: No.

Senator Morin: Your answer is “yes” or “no”?

Ms Deber: My answer is, why is there no way that that person could get the treatment?

The Chairman: That is a cop-out. As we are friends, you do not mind my saying that.

The reality is that that is precisely the kind of situation that exists in the real world. That is precisely the kind of problem for which a policy response is needed. We agree with you that it should not be allowed to happen. That does not answer the dilemma of what you do when in fact it does.

Ms Deber: Let me tell you one of the reasons why I do not think the purchaser option is an answer. If I am a venture capitalist and I set up a company and say, “I will give you treatment if you pay your way,” there is absolutely no way you can fix the problem in the publicly funded system, because if you do, you eliminate the market for that privately funded clinic.

In every country that has allowed these double tiers, care in the publicly funded tier got worse, not better. The Cross clinic runs the same equipment after hours and is not charging patients. I do not have problems with that. That is different from allowing

suffisants. S'il y a une chose sur laquelle je voudrais insister, ce sont les répercussions pour la santé publique d'un système à double vitesse pour certains soins, c'est-à-dire que les malades bénéficient de certains traitements qui ne sont pas suffisants, si bien que la santé de toute la population est mise en danger.

Le sénateur Morin: Donc, votre réponse à ma question est non?

Mme Deber: La réponse à votre question est qu'il n'est pas possible de contracter une assurance dans de telles circonstances. La solution doit passer par autre chose que l'assurance. Si vous me demandez si un citoyen devrait pouvoir acheter le service qu'il requiert, je vous dirais que toute la question du payeur unique, des systèmes à deux vitesses et des moyens de régler les problèmes qui y sont associés revient sur le tapis. Encore une fois, j'avais déduit de votre rapport que cette option était à écarter.

Le sénateur Morin: Si la période d'attente est à ce point longue que le cancéreux qui attend un traitement met sa vie en danger, et les faits nous l'ont confirmé — par exemple, s'agissant d'un cancer du sein, nous savons pertinemment que pour un malade qui n'est pas traité dans un délai de deux mois, le risque de mortalité est de 90 p. 100 — êtes-vous d'avis que cette possibilité devrait être exclue? Je peux vous citer des exemples de personnes qui ont pu se faire soigner dans le délai requis — laissez-moi finir — parce que, d'après ce que j'ai pu comprendre, la patiente avait pu acheter ce traitement à l'hôpital après les heures normales de bureau. Donc, selon vous, ces patients ne devraient pas avoir le droit d'acheter des traitements?

Mme Deber: Non.

Le sénateur Morin: Votre réponse est oui ou non?

Mme Deber: Ma réponse, c'est pourquoi cette personne ne pourrait-elle pas obtenir le traitement qu'il lui faut?

Le président: C'est une réponse facile que vous nous faites là. Comme nous sommes des amis, je crois pouvoir me permettre de vous dire ça.

Le fait est que c'est justement ce genre de situation qui surgit dans la pratique. C'est précisément pour régler des problèmes de ce genre qu'il nous faut redéfinir la politique. Nous sommes d'accord pour dire que cela ne devrait pas se produire. Mais cela ne nous aide pas à savoir ce que nous devrions faire quand de telles situations se présentent.

Mme Deber: Permettez-moi de vous expliquer les raisons pour lesquelles l'option «achat de services» n'est pas à retenir. Si je suis investisseur en capital-risque et que je lance une compagnie en disant à mes clients: «Je vais vous soigner si vous me payez», à ce moment-là, vous ne pourrez plus régler votre problème dans le système à financement public, puisque si vous le faites, vous éliminerez aussitôt la clientèle de cette clinique à financement privé.

Dans tous les pays qui ont autorisé la création de systèmes à deux vitesses, la qualité des soins financés à l'aide de deniers publics s'est détériorée — pas l'inverse. La Clinique Cross utilise les mêmes installations après les heures normales de bureau et ne

investor-owned private clinics to be set up, with their own infrastructure.

The Chairman: We must clarify what the Cross clinic is.

Senator Morin: I am not talking about providers. That is okay.

Ms Deber: We must have a provider. The model that you are talking about, that may allow that individual to buy the care, guarantees that everyone who does not have the money will be inadequately treated. Otherwise, there is no market for that private clinic.

Senator Morin: You are talking about providers again.

Ms Deber: Who will treat you, if not a provider?

Senator Morin: The public system, after hours.

Ms Deber: I am going to pull someone off the subway and ask, "Will you please treat me?"

Senator Morin: Public, after hours.

The Chairman: In the example you use, try to stay away from words that viewers will not understand. The Cross clinic came out of Sunnybrook Hospital in Toronto. The hours of the radiation clinic have been extended through a group of doctors and technicians operating it on a privately run basis. The patients go to the clinic. Essentially, this private group rents the facilities at the hospital. Mr. Cross is the name of the fellow who runs it.

Ms Deber: It is actually Dr. McGowan. It is "Cancer Care Ontario."

The Chairman: This group rents the facilities at the Sunnybrook Hospital radiation clinic from something like 5 to 10 p.m., five nights a week. They provide services to patients who would otherwise be on the waiting list. That is essentially what happens.

Senator Morin was asking whether people should be allowed to buy insurance so that they could get access to that kind of after-hours clinic if they could not be treated during the regular daytime hours.

In fact, the Ontario medicare program pays for all the patients at the after-hours clinic in Toronto. That just effectively shortens the waiting list.

Mr. Robinson: Perhaps it would be appropriate for me to jump in. I would point out that you said we need a public policy response to the question Senator Morin asked. That is the constructive nature of Stanley Hart and Professor Monahan's column arguing that the Canada Health Act violates the security

fait pas payer les patients. Je n'ai rien contre. Mais ce n'est pas la même chose que de permettre l'implantation de cliniques privées qui appartiennent aux investisseurs et ont leur propre infrastructure.

Le président: Il faudrait expliquer ce qu'est la Clinique Cross.

Le sénateur Morin: Non, ça va. Je ne parle pas des fournisseurs.

Mme Deber: Mais il faut des fournisseurs. Le modèle dont vous parlez, et qui pourrait permettre à un malade d'acheter les soins qu'il requiert, garantit que tous ceux qui n'ont pas des moyens suffisants recevront des soins ou traitements inadéquats. Sinon, cette clinique privée n'aura pas de clientèle.

Le sénateur Morin: Encore une fois, vous parlez des fournisseurs.

Mme Deber: Mais qui assure les soins, sinon les fournisseurs?

Le sénateur Morin: Le système public, après les heures normales de bureau.

Mme Deber: Donc, je vais courir après quelqu'un qui peut me soigner, au moment où il monte dans le métro, pour lui dire: «Voulez-vous me soigner?»

Le sénateur Morin: J'ai bien dit que je parlais du système public, après les heures normales de bureau.

Le président: Dans les exemples que vous citez, essayez d'éviter d'employer des termes ou des noms que les téléspectateurs ne vont pas connaître. La Clinique Cross a vu le jour à l'Hôpital Sunnybrook de Toronto. Les heures de bureau de la clinique de radiothérapie ont été prolongées grâce à un groupe privé de médecins et de techniciens qui assurent et administrent les services en question. Ainsi les patients sont traités à la clinique. Ce groupe privé loue les installations de l'hôpital. L'administrateur de cette clinique s'appelle M. Cross.

Mme Deber: En réalité, c'est le Dr McGowan qui l'administre. Ça s'appelle «Cancer Care Ontario».

Le président: Ce groupe loue donc les installations de la clinique de radiothérapie de l'Hôpital Sunnybrook de 17 heures à 22 heures, cinq soirs par semaine. Ils assurent des services aux patients qui seraient obligés autrement de faire inscrire leur nom sur la liste d'attente. C'est essentiellement comme ça que ça marche.

Le sénateur Morin vous demandait si les gens devraient pouvoir contracter une assurance afin d'avoir accès à ce genre de clinique qui reste ouverte après les heures normales de bureau, s'ils ne peuvent être traités pendant les heures régulières.

En fait, Protection-Santé de l'Ontario paie les dépenses de tous les patients qui se font soigner à cette clinique après les heures normales de bureau. Cela permet de raccourcir la liste d'attente.

M. Robinson: Peut-être pourrais-je intervenir dans la discussion. Je vous rappelle que vous avez dit tout à l'heure qu'il faut trouver une solution adéquate au problème soulevé par le sénateur Morin — une solution qui est dans l'intérêt public. Tel est l'objectif constructif de la chronique de Stanley Hart et du

of the person provisions of the Charter. We will get that response

The Chairman: I cannot resist pointing out to our viewers that it was this committee that first put that issue on the table, and was subsequently pilloried at great length by many people. It was interesting for the committee to see that someone as distinguished as Professor Monahan, who, among other things, is Associate Dean of Law at the University of Toronto, and Stanley Hart, former Deputy Minister of Finance, former Chief of Staff to Prime Minister Mulroney and now the senior partner in a law firm, thought enough of the idea to pursue it, and concluded that denying people who cannot receive timely service the right to buy insurance is unconstitutional.

Mr. Robinson: If I may add, the precursor to that was the European Court of Justice decision in the summer of 2001, which we note on page 41 of our paper, that a patient in the U.K. facing undue delay could go to another country to have the procedure done and the U.K. system would have to pay — period, full stop.

Working backwards to Senator Morin's questions, thank you for putting the debt argument on the table. We are all in favour of legislated debt reduction. However, if you follow the argument that you should simply pre-fund by paying down debt through to its logical conclusion, then there should not be a Canada Pension Plan. We should be paying down the debt each year and meeting the pension needs of the future. We know, from what is politically possible, that if you free up that debt interest — \$41 billion per year or \$115 million per day — it will be utilized in the next fiscal year for a variety of things perhaps not related to health care. It could be utilized for a variety of other public spending pressures of the day.

It is intellectually appealing, but from a practical policy application viewpoint, it does not work. That is why we argue for pre-funding. I would take issue, Senator Morin, with saying that it may not be double taxation. Saying that it is double taxation, that we will have to pre-fund the system for today and for future generations, gets back to the premise of your question. As the Clair report pointed out with respect to technology, there is the premise that everything is okay in your existing budget envelopes today. As we will argue this Wednesday, there is \$4 billion in regional development subsidies that should be cut, corporate welfare should be shut down, and those taxes that people are paying now could be reallocated to those future funds and disbursements.

professeur Monahan dans laquelle ils soutiennent que la Loi canadienne sur la santé enfreint les dispositions de la Charte touchant le droit à la sécurité de la personne. Nous aurons cette solution —

Le président: Je ne puis m'empêcher de signaler à nos téléspectateurs que c'est ce comité qui a d'abord mis la question sur le tapis, pour être ensuite longuement attaqué par de nombreuses personnes. Le comité a noté avec intérêt que des personnes aussi distinguées que le professeur Monahan, qui, entre autres choses, est doyen adjoint de la Faculté de droit de l'Université de Toronto, et Stanley Hart, ancien sous-ministre des Finances, ancien chef de cabinet du premier ministre Mulroney, et à présent associé principal d'un cabinet d'avocats, ont trouvé l'idée suffisamment intéressante pour l'examiner en profondeur, ce qui les a amenés à conclure que le fait de refuser à des personnes qui ne peuvent obtenir des services en temps utile le droit de contracter une assurance est inconstitutionnel.

M. Robinson: Si vous me permettez d'ajouter quelque chose, le précurseur de ce débat a été la décision de la Cour européenne de justice en été 2001 — sur laquelle nous attirons votre attention à la page 41 de notre mémoire — qui reconnaissait le droit d'un patient au Royaume-Uni qui aurait à subir un délai d'attente excessif, de se faire soigner dans un autre pays et de faire payer les services en question par le système de soins du Royaume-Uni, un point c'est tout.

Pour en revenir aux questions du sénateur Morin, je voudrais d'abord vous remercier d'avoir soulevé la question de la dette. Nous sommes tous en faveur d'un mécanisme législatif de réduction de la dette. Cependant, si vous acceptez l'argument selon lequel il faut préfinancer le système en remboursant complètement la dette, à ce moment-là, il ne devrait pas y avoir de Régime de pensions du Canada. Autrement dit, nous devrions rembourser la dette chaque année pour répondre aux besoins des futurs retraités. Or, nous savons, pour avoir vu ce qui est possible sur le plan politique, que si l'intérêt sur la dette n'est plus à payer — et cela représente 41 milliards de dollars par an, soit 115 millions de dollars par jour — cet argent sera utilisé au cours de l'exercice financier qui suit pour financer toutes sortes d'activités qui n'ont peut-être rien à voir avec les soins de santé. Il pourrait servir à financer des activités dans d'autres secteurs publics ou l'on réclame des crédits.

C'est une idée attrayante sur le plan intellectuel, mais du point de vue de son application dans la pratique, on peut dire que ça ne marche pas. Voilà pourquoi nous insistons sur la nécessité de préfinancement. D'ailleurs, sénateur Morin, je ne suis pas d'accord pour dire qu'il pourrait ne pas s'agir d'une double imposition. Affirmer que c'est une double imposition, et qu'il faut préfinancer le système pour les citoyens du présent et ceux des générations futures, nous ramène à la prémisse fondamentale de votre question. Comme l'indiquait le rapport de la Commission Clair en parlant de la technologie, on tient pour acquis que tout va bien au niveau des enveloppes budgétaires actuelles. Comme nous comptons l'affirmer mercredi, il existe des subventions au titre du développement régional d'une valeur de 4 milliards de

I also come back to the issue of demographics, which, as people point out, is not the major cost driver. However, the expectations of this aging population are the major cost driver, which necessitates, in our belief, pre-funding. We should point out, as you did in your question, that the need for chronic care comes with an aging population, and we did not have that in the system 40 and 50 years ago. It was devised as two silos — primary care and acute care — and chronic care is the new area that has surfaced with an aging population. There are the protein-based diseases of aging such as Parkinson's, Alzheimer's and other disorders. We are also seeing, as Professor Deber pointed out, sicker children, with symptoms of obesity, asthma, et cetera. There is also an alarming exponential explosion of autism among Canadian children. All of those costs will necessitate pre-funding. Some say it is not politically possible, but I believe it is, although it takes political courage to do it, just as did when we set the system up, as much as we have a problem with some parts of the pay-as-you-go structure. The government has already acknowledged the failures and shortcomings of that pay-as-you-go plan to a certain degree by setting up the Canada Pension Plan Investment Board to make returns for the future, capitalizing on the market. You can pre-fund, and it is essential to do so, whether in the context of a medical savings account or single-payer, dedicated funds. You can and must do that, to make the system, as you mentioned, "sustainable," not just for the next four or five years of a political cycle, but for the next 25 or 30 years, as Professor Deber pointed out, for our kids.

Senator Robertson: It is most interesting to hear these comments, although also a bit confusing. There is such a variety of opinions to be considered.

Let us do a reality check of what is occurring in each province — the waiting lines and the difficulties that the public is having in receiving adequate health care now. Some people argue that they are happy with the system. You may be satisfied once you are in the system, but getting there seems to be the main difficulty in every province.

dollars qui devraient être supprimées de même que celles dont bénéficient les grandes entreprises, et ainsi les impôts que paient les citoyens en ce moment pourraient être réaffectés de manière à financer les dépenses futures de ces divers régimes.

Je me permets aussi de revenir sur la question de l'évolution démographique qui, comme d'autres l'ont déjà dit, n'est pas le principal facteur de coût. On peut dire que ce sont les attentes de cette population vieillissante qui correspondent au principal facteur de coût, facteur qui nécessite à notre avis un mécanisme de préfinancement. Il convient de reconnaître, comme vous l'avez fait dans votre question, que le besoin d'être soigné pour des maladies chroniques est la caractéristique d'une population vieillissante, problème que nous ne connaissions pas dans le cadre du système de soins il y a 40 et 50 ans. Nous avons conçu le système en fonction de deux silos — les soins primaires et les soins actifs — alors que les soins de longue durée deviennent une priorité au fur et à mesure que vieillit la population. Les maladies associées au vieillissement qui découlent d'une carence protéique, telles que la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles de cette nature, sont de plus en plus fréquentes. De plus, comme Mme Deber le disait tout à l'heure, nous constatons maintenant que les enfants sont plus malades et présentent des symptômes d'obésité, d'asthme, et cetera. Nous avons également observé une augmentation exponentielle et alarmante du nombre d'enfants canadiens atteints d'autisme. Toutes ces dépenses sont telles que le préfinancement s'impose. Certains disent que ce n'est pas possible pour des raisons politiques, mais je ne suis pas de cet avis, bien que je reconnaisse que cela suppose du courage politique, tout comme lorsque nous avons créé le système au départ, même si nous acceptons peut-être mal certains aspects de la méthode de financement par répartition. Le gouvernement a déjà reconnu jusqu'à un certain point les lacunes de la méthode de financement par répartition en créant le Conseil de placement du Régime de pensions du Canada, dont le mandat est de s'assurer d'un bon rendement des sommes investies pour financer les besoins futurs, et de profiter au maximum du marché. Donc, on peut assurer le préfinancement de ces régimes, et je dirais que c'est même essentiel, que cela passe par un compte d'épargne médical ou une caisse à affectations spéciales qui relève d'un payeur unique. On peut le faire et il faut absolument le faire pour que le système soit, comme vous le dites, «viable», pas juste pour les quatre ou cinq prochaines années, en attendant le prochain cycle politique, mais pour les prochains 25 ou 30 ans, comme le disait Mme Deber — pour nos enfants.

Le sénateur Robertson: Je suis très intéressée par tous vos commentaires, même si on a parfois un peu de mal à suivre. Il y a tellement d'opinions dont il faut tenir compte.

Faisons le bilan de la situation dans chaque province — c'est-à-dire les listes d'attente et les problèmes qu'ont les citoyens à recevoir des soins de santé adéquats. Certains disent qu'ils sont satisfaits du système actuel. On a eu certainement le luxe d'être satisfait une fois qu'on a été pris en charge par le système, mais c'est justement ça qui semble poser les plus grandes difficultés dans chaque province.

Then, we have to look at the reality that the poor require more health care than the affluent. We have to look at the reality of senior citizens on limited income who are suddenly faced with massive drug costs that they cannot afford. God knows, they could not afford a premium on top of that. You would have to exclude large numbers of people.

You also have to look at the differences in provincial requirements. We are a diverse country and the ability to deliver the service is not the same in each province. Let's face it, if you have a small population, the public will have to travel to obtain certain levels of health care, and rightly so. Those are all factors to be considered. Our current system is based on population. It is difficult to fund a health care system on that basis when, if you have a small population, you obviously do not have the funds for the basic infrastructure that is required to provide the care that everyone expects.

I want to put those practical realities, which we all face on a regular basis, on the table and then look at something additional. Professor Deber, I am not sure if I heard mention in your comments of anything that you would want to see done, other than an implementation of our recommendation on preventive medicine. You talked about prevention, and this committee is well aware of the requirement for better preventive processes to do with lifestyle, et cetera. What would be your favourite approach to funding existing programs? We have the problems of today and the potential problems of 10 and 15 years from now. I do not know how far into the future you can extend this because of the changing complexity of our societal values and structures, et cetera. We have heard so many contradictory arguments, that it becomes a little difficult to sort out the realities of the proposals. As a member of this committee, I am looking at the reality of a proposal.

Many people want two-tier health care, which we already have with workers' compensation, for example. Do not say it is not two-tier because it is. If I am fortunate enough to be eligible for workers' compensation, then I can get into the hospital faster than I could otherwise. That is a fact of life and I do not begrudge it. Rather, I think it is great. However, I would like some of the other citizens of Canada to have the same opportunity.

That preamble is long enough — you know where I am coming from. I should like to ask the panel about the proposals that have been tossed around and what their one recommendation would be. We all know that the system needs more money, even with all the tinkering that is being recommended in some quarters. This committee has determined that we must do something because it is currently not financially sustainable. I would like to hear your

Il faut aussi tenir compte du fait que les pauvres ont besoin de plus de soins que les riches. De même, il y a des personnes âgées ayant des moyens limités qui doivent tout d'un coup déboursier des sommes importantes pour acheter des médicaments qui sont trop chers. Il est évident que ces personnes ne pourraient certainement pas se permettre de payer une prime en plus. Il faudrait automatiquement exclure un groupe assez important.

Il convient également de tenir compte des différences qui existent au niveau des exigences provinciales. Nous sommes un pays qui regroupe des régions très diverses et la capacité d'assurer des services n'est pas la même dans chaque province. Il faut bien admettre que dans une province où la population est faible, les citoyens devront se déplacer davantage pour obtenir certains types de soins, et c'est tout à fait normal. Tous ces facteurs doivent être pris en compte. Notre système actuel est fondé sur la population. On peut difficilement financer un système de soins sur cette base si, dans une province où la population est faible, vous ne disposez pas des crédits nécessaires pour financer l'infrastructure de base qui permettra d'assurer les soins auxquels tout le monde s'attend.

À mon avis, il faut donc tenir compte de ces réalités pratiques, auxquelles nous faisons tous face régulièrement, et voir ce qu'on peut faire de plus. Madame Deber, je ne suis pas sûre que vous ayez recommandé des mesures précises, si ce n'est que l'on donne suite à notre recommandation touchant la médecine préventive. Vous avez parlé de prévention, et le comité est tout à fait conscient de la nécessité d'améliorer les programmes de prévention touchant le mode de vie, et cetera. Quelle est l'approche que vous préconisez pour le financement des programmes actuels? Nous avons à régler les difficultés d'aujourd'hui et les problèmes susceptibles de surgir dans 10 ou 15 ans. D'un autre côté, je ne sais pas dans quelle mesure on peut savoir quelles mesures seront nécessaires à l'avenir, étant donné la complexité changeante des valeurs et des structures de la société. Nous avons entendu tellement d'arguments contradictoires qu'il devient difficile de savoir quels éléments de chaque proposition tiennent vraiment debout.

Beaucoup de gens sont en faveur d'un système de soins à deux vitesses, comme ce qui existe à l'heure actuelle avec nos commissions des accidents du travail, par exemple. Et ne dites pas que cela ne prouve pas que notre système est à deux vitesses, parce que c'est faux. Si j'ai la chance d'être admissible à une indemnisation liée à un accident du travail, je peux me faire soigner à l'hôpital plus vite que je ne pourrais le faire autrement. C'est ça la réalité, et je ne suis pas contre. Bien au contraire; je trouve ça formidable. En même temps, je voudrais que certains autres citoyens canadiens aient cette même possibilité.

Voilà, ça suffit comme préambule; maintenant vous savez où je me situe sur la question. J'aimerais demander à nos experts de se prononcer sur les propositions qui ont été faites et de nous faire chacun une recommandation. Nous savons tous que le système a besoin de plus de crédits, même si on opte pour le rafistolage recommandé par certains. Le comité est d'avis qu'il faut faire quelque chose parce que le système actuel, tel qu'il est

favourite proposal for financing that you think would help Canadian citizens to receive adequate health care within a proper time frame.

The Chairman: For the benefit of our panellists, Senator Robertson is the former Minister of Health for New Brunswick and Senator Morin is the former Dean of Medicine at Laval University. Be specific in your answer. The question that Senator Robertson has put to you is: "All right, wise guy, what do I do now?" We want to hear from the one-armed economist, not the two-armed economist. In other words, we do not want to hear, "on the one hand and then on the other hand..."

Ms Deber: I assume that you are asking about my favourite approach for the federal government.

Senator Robertson: Yes.

Ms Deber: It is quite different from what most people have been recommending. Primary care is a provincial responsibility and I do not sense a strong federal role in it.

I would like to see a stronger federal role in disease management through networks of centres of excellence, which would not be exclusively academic health science centres. Disease management should be funded for particular conditions, where you have the expertise and can use tele-health, research and evaluation, possibly even paying for drugs within a protocol, and evidence-based evaluation.

It could be done on a condition-by-condition basis. The family doctor of a person in rural New Brunswick with cystic fibrosis could get support from the cystic fibrosis network in managing the condition. The drugs could be provided within the context of an evaluation, so you could move the quality of care forward. Similarly, with cancer, if you have a rare condition, your chemotherapy can be administered anywhere, but you would not want people anywhere monitoring it. I prefer to see a federal role in national centres of excellence. It could include things like ethno-culturally specific information for Chinese diabetics.

Senator Robertson: Are you saying those centres of excellence should be funded by the federal government?

Ms Deber: The federal government should provide money for an evaluation network and linkages through tele-health. Again, I am not so crazy about service-based funding, as you would have

actuellement structuré, n'est pas financièrement viable. J'aimerais donc que vous me fassiez part de la proposition de financement qui, à votre avis, sera la plus utile pour ce qui est d'aider les citoyens canadiens à bénéficier en temps utile de soins de santé adéquats.

Le président: Pour la gouverne de nos experts, le sénateur Robertson est une ex-ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick et le sénateur Morin est l'ex-doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval. Soyez donc précis en donnant vos réponses. La question que le sénateur Robertson vous a posée est celle-ci: «Bon, très bien; vous qui savez tout, que me conseillez-vous de faire maintenant?» Nous voulons recevoir un conseil de votre part, et non une longue analyse qui présente le pour et le contre de chaque option. Autrement dit, nous n'avons pas envie d'entendre: «D'une part... mais d'autre part...»

Mme Deber: Je présume que vous me demandez quelle méthode je préconise pour le gouvernement fédéral.

Le sénateur Robertson: Oui.

Mme Deber: Ma recommandation sera assez différente de ce que la plupart des gens vous ont dit jusqu'ici. Les soins primaires relèvent de la responsabilité des provinces, et à mon avis, le fédéral n'a pas vraiment un grand rôle à jouer dans ce domaine.

Là où le gouvernement fédéral devrait jouer un rôle plus important, à mon avis, c'est au niveau de la question des soins thérapeutiques, et ce par l'entremise de réseaux de centres d'excellence, qui ne seraient pas exclusivement des centres regroupant des universitaires ou des experts en sciences de la santé. Les activités de gestion des soins thérapeutiques devraient être financées pour certaines affections, là où vous avez l'expertise nécessaire et que vous pouvez avoir recours au réseau de télé-santé et aux résultats de la recherche et de l'évaluation, et peut-être même payer les médicaments visés par un protocole en bonne et due forme, en fonction d'évaluation fondée sur l'expérience clinique.

Cela pourrait se faire en fonction des diverses affections. Le médecin de famille d'un citoyen atteint de fibrose kystique qui habite à la campagne au Nouveau-Brunswick pourrait bénéficier du soutien du réseau chargé de gérer les soins thérapeutiques associés à cette maladie-là. Les médicaments pourraient être fournis en fonction d'une évaluation, de façon à améliorer la qualité des soins. De même, s'agissant de cancer, si vous êtes atteint d'une maladie rare, votre chimiothérapie pourrait être administrée n'importe où, mais vous ne voudriez pas que les personnes chargées de gérer vos soins soient situées n'importe où. Donc, je préfère que le fédéral joue un rôle par l'entremise de centres nationaux d'excellence. Cela pourrait englober la diffusion d'information destinée à divers groupes ethnoculturels, par exemple les diabétiques chinois.

Le sénateur Robertson: Donc, vous dites que ces centres d'excellence devraient être financés par le gouvernement fédéral?

Mme Deber: Le gouvernement fédéral devrait prévoir les fonds nécessaires pour mettre sur pied un réseau d'évaluation avec des liens au service de télé-santé. Encore une fois, la notion de

some people on salary, and part of their job description would be that they had better be supporting the people who need that sort of care across the country.

One of the things we are doing some research on in Atlantic Canada is the big problem of procedures not being done in centres of excellence, as experts now say they should be. I am not sure what the outcomes are, and whether they are getting worse care than they should.

As for pharmacare, there are certain expensive drugs. Rather than having all or nothing coverage, there could be funding for particular drugs in certain situations where we think it might be appropriate, and within the context of very careful protocols, evaluation and monitoring of what good they are doing. I would tie it in with CIHR, as I love some of your recommendations around research. There could be an opportunity to roll out and improve evidence-based practice. That is why I prefer a national role, rather than trying to micromanage how a doctor works in a primary care setting in a community, where you get enormous variation.

Senator Robertson: Are you saying that those initiatives should be funded federally?

Ms Deber: There will not be a critical population mass for centres of excellence in any one region, so there could be a role for federal funding, with the very clear proviso that the money must be stable. There have been too many pilot projects funded for a couple of years and then the rug pulled out.

I just found out that a SIPA project in Montreal has basically collapsed. This was seen as a world leader, doing very impressive work on care for the elderly. The minute the money disappears, the CLSC's are not picking it up and the project is dead.

In Ottawa, there are some fascinating tele-health initiatives providing support for cardiologists all over the country. That is the sort of project in which the federal government could have a role. No regional authority will pay for care outside of their region, yet the expertise should be a national resource. Complement the regional authorities, which are working in primary and community-based care, with national information that could support high-quality care for the people who are really ill. That is my preferred model. I have never heard anyone mention it.

financement en fonction du service ne me plaît pas trop, étant donné que certains employés seraient salariés, mais selon leur description de tâches, ils seraient tenus de soutenir les personnes qui ont besoin de ce genre de soins dans tout le Canada.

Nous faisons actuellement une étude au Canada atlantique sur le problème des interventions qui ne sont pas faites dans des centres d'excellence, comme les experts le préconisent à l'heure actuelle. Je ne suis pas au courant des résultats, et donc je ne peux pas vous dire s'ils reçoivent des soins de moins bonne qualité qu'ils le devraient.

En ce qui concerne l'assurance-médicaments, certains médicaments sont très coûteux. Plutôt que de prévoir tout ou rien, on pourrait prévoir de payer certains médicaments dans des situations où cela nous semble approprié, et ce, dans le contexte de protocoles établis en bonne et due forme, avec les activités d'évaluation et de suivi qui s'imposent pour qu'on sache si les médicaments en question sont vraiment efficaces. Il conviendrait de rattacher ça au travail des instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) parce que j'aime vraiment beaucoup certaines de vos recommandations touchant la recherche. Ce serait l'occasion d'implanter et d'améliorer l'exercice de la médecine fondée sur l'expérience clinique. Voilà pourquoi je préfère que le fédéral joue un rôle sur le plan national, au lieu d'essayer de régir tous les détails de la façon dont un médecin organise l'administration des soins primaires dans une localité donnée, car la situation varie énormément d'une région à l'autre.

Le sénateur Robertson: Donc, d'après vous, ces initiatives devraient être financées par le gouvernement fédéral?

Mme Deber: Comme il n'y aura pas de masse critique pour l'établissement de centres d'excellence dans aucune région, des crédits fédéraux seraient certainement utiles dans ce contexte, à condition que le financement prévu par le fédéral soit stable. Il s'est produit trop souvent qu'on décide de lancer un projet pilote et qu'on cesse de le financer après quelques années.

Je viens d'apprendre qu'un projet mené en vertu de la SIPA à Montréal s'est effondré. C'était considéré comme une première mondiale, et le travail qui était fait au niveau des soins à prodiguer aux personnes âgées était fort impressionnant. Mais lorsque les fonds sont épuisés, les CLSC n'interviennent pas, si bien que le projet est effectivement terminé.

À Ottawa, un certain nombre d'initiatives en matière de télé-santé tout à fait fascinantes sont actuellement en cours afin de soutenir des cardiologues dans tout le Canada. Voilà le genre de projets auxquels le fédéral pourrait apporter sa contribution. Aucune administration régionale n'acceptera de payer des soins administrés en dehors de sa région, mais l'expertise qui existe dans les différents secteurs devrait être considérée comme une ressource nationale. Il s'agirait de compléter le travail des administrations régionales, qui se chargent des soins primaires et communautaires, en leur fournissant de la formation nationale favorisant la prestation de soins de grande qualité aux personnes qui sont vraiment malades. Voilà le modèle que je préfère. Autant que je sache, personne d'autre ne l'a jamais mentionné.

Mr. Robinson: That would be to go "back to the future," and return to 1940, allowing the provinces to deliver what the federal government funds and regulates, and the Green Book proposals of 1945. If the federal government regulates medical technology, it should play the key role in funding it. If you have federal building standards, the government should contribute to that infrastructure.

Clair is the only provincial report I have seen that touched upon those infrastructure and long-term systemic concerns. That is a role they can play and meet minimal provincial resistance. For example, Saint Justine's Children's Hospital in Montreal has an aging infrastructure: it is 60 or 70 years old. Those are the sorts of areas where the federal government could play a key role. It would also work in the context of long-term pre-funding. Once you have the technology, if you regulate research, you play the key role in funding it.

Those are the areas where the feds should focus on quality. Although there is disagreement on this panel, I am sure we all concur that good quality costs less than poor quality. Focus on quality, not on cost containment; otherwise you will simply shift the costs.

Mr. Darby: I need to ask a question of the other panellists, because constitutionally, primary care is a provincial jurisdiction. We could restrict federal participation in financing increased health care costs over the next 25 years, for example, through focusing on centres of excellence or looking at only what the federal government has direct regulatory responsibility for. The issue then becomes, how do the provinces, which are the primary care providers, deal with the quite substantial funding burden with which they will be faced? Also, to what extent does the federal government feel it has some responsibility to deal with the provincial burden in funding primary health care costs over the next 25 years?

I have seen a number of provincial speeches and briefs from provincial governments, yelling and screaming that the federal government has abandoned their primary responsibility to fund health care in Canada. If we want to tackle the increased burden in health care funding at the provincial level, we either have to open up an enormous amount of tax room, or somehow increase the transfers from the federal government to the provinces.

M. Robinson: Ce serait un «retour à l'avenir», puisqu'on reprendrait la formule des années 1940 et les propositions du livre vert de 1945, selon lesquelles les provinces devaient administrer les soins, alors que le gouvernement fédéral était chargé de les financer et de les réglementer. Si le gouvernement fédéral doit réglementer les technologies médicales, c'est lui qui devrait être le principal bailleur de fonds. Du moment que le gouvernement fédéral impose le respect de ses normes de construction, il devrait apporter sa contribution à l'infrastructure en question.

Le rapport de la Commission Clair est le seul rapport provincial que j'ai vu jusqu'à présent qui aborde la question de l'infrastructure et des préoccupations à plus long terme concernant le système. Voilà un rôle que pourrait jouer le fédéral sans se heurter à beaucoup de résistance de la part des provinces. Par exemple, l'Hôpital pour enfants Sainte-Justine de Montréal a une infrastructure vétuste; les bâtiments ont 60 ou 70 ans. C'est dans ce genre de domaine que le fédéral pourrait jouer un rôle critique. Il en va de même pour un régime de préfinancement à long terme. Une fois que les technologies sont en place, si vous réglez l'activité de recherche, vous devez forcément jouer un rôle très important au niveau du financement.

Voilà donc les secteurs où le fédéral devrait mettre l'accent sur la qualité. Bien que les experts ici présents ne soient pas toujours d'accord sur tout, je suis convaincu que nous serions tous prêts à reconnaître que des soins de grande qualité coûtent moins cher que des soins de mauvaise qualité. Il faut donc mettre l'accent sur la qualité, et non sur la réduction des coûts; sinon, vous allez simplement rejeter la responsabilité des coûts sur d'autres.

M. Darby: Je voudrais poser une question aux autres témoins, car selon la Constitution, les soins primaires relèvent de la responsabilité des provinces. Il serait possible de limiter la participation fédérale au financement des dépenses sanitaires accrues au cours des 25 prochaines années, par exemple, si le fédéral se concentrait sur la mise sur pied de centres d'excellence ou sur les activités dont il a la régie directe. À ce moment-là, on doit se demander comment les provinces, qui sont chargées de dispenser les soins primaires, pourront supporter le fardeau financier considérable qui accompagnera cette responsabilité? De plus, dans quelle mesure le gouvernement fédéral estime-t-il qu'il a la responsabilité d'aider à réduire le fardeau des provinces qui auront à financer les soins de santé primaires au cours des 25 prochaines années?

J'ai vu plusieurs discours et mémoires préparés par des responsables provinciaux qui protestaient vivement parce que le fédéral aurait abandonné sa responsabilité primordiale de financer les soins de santé au Canada. Si nous voulons vraiment nous attaquer au problème du fardeau accru des dépenses sanitaires au niveau provincial, il faut soit avoir une marge fiscale beaucoup plus large, ou augmenter les transferts fédéraux aux provinces.

If I read your question correctly, senator, you are asking if we feel that the federal government has some role to play in substantially financing the increased costs that the provinces, as the primary health care providers, will be facing over the next 25 years, and what would be the best way to raise those revenues?

Senator Robertson: That is right.

Mr. Darby: Perhaps, as both my esteemed fellow panellists are suggesting, the provincial governments themselves need to be provided with the revenue sources to do that; or we need to look at some other way, besides funding centres of excellence.

Ms Deber: Why do you think the big cost pressure is on the primary care side? I do not think the data is showing that.

Mr. Darby: When we look at the data, and we have done the work using the CIHI data, the two major sources of costs are the demographic pressure, even taking into account the lower per-capita costs for the elderly, which had bottomed out by about 1997, and drugs. One could argue that primary care is involved in both cases, at least to some extent, and we are even, in the case of drugs, looking at an increased cost that would face both levels of government.

I do not really care whether you make that distinction or not. The real issue is that over all, we are facing substantially increased costs. We do not want to get into the red herring of whether it is primary care or other aspects of the health care system that is putting pressures on the costs. The point is that someone will have to bear those costs.

One either suggests that the only role for the federal government is funding centres of excellence and the areas they regulate, or that they have a larger responsibility to fund all aspects of health care, not just primary care. One has to avoid the cop-out. One could take the position that perhaps the federal government has no role, although I do not think the Conference Board of Canada is prepared to do that.

If we believe that increased revenue sources are necessary, it would be our position that we should look at taxes that place the burden more on consumption than on income directly; that are transparent; that are tied to estimates of the increased health care costs that they are expected to fund; and in which the redistributive aspects are dealt with through means tests and the income tax system itself, so that they are not inequitable and thus not fulfilling Conrad Black's agenda.

Si j'ai bien compris votre question, sénateur, vous demandiez si nous estimons qu'il incombe au gouvernement de participer de façon importante au financement des dépenses sanitaires accrues qu'auront à supporter les provinces au cours des 25 prochaines années, étant chargées d'assurer les soins primaires, et quelle serait la meilleure façon de réunir les crédits nécessaires?

Le sénateur Robertson: C'est exact.

M. Darby: Peut-être faut-il envisager, comme deux autres distingués experts ici présents l'ont dit, de faire en sorte que les administrations provinciales aient les sources de revenu qui leur permettront de supporter ces dépenses; sinon il faut trouver un autre moyen, à part le financement des centres d'excellence.

Mme Deber: Pourquoi êtes-vous convaincus que c'est surtout au niveau des soins primaires que les pressions seront très fortes au niveau des coûts? À mon avis, ce n'est pas ce qu'indiquent les données.

M. Darby: Quand nous examinons les données — et nous avons effectué une analyse des données de l'ICIS — nous avons constaté que les deux principales sources de coûts sont le profil démographique changeant de la population, même en tenant compte des plus faibles coûts par habitant pour les personnes âgées, qui ont atteint leur niveau plancher en 1997, et les médicaments. On pourrait soutenir que c'est à cause des soins primaires dans les deux cas, du moins dans une certaine mesure, et en ce qui concerne les médicaments, il est bien possible que les deux paliers de gouvernement aient à supporter des dépenses accrues.

À mon avis, cette distinction n'est pas bien importante. Le vrai problème, c'est que dans l'ensemble du système, nous devons faire face à des dépenses beaucoup plus importantes. Je ne veux pas participer à un faux débat sur le fait de savoir si c'est à cause des soins primaires ou d'autres composantes du système des soins. Le fait est que quelqu'un devra supporter ces coûts accrus.

On peut recommander soit que le gouvernement fédéral a pour seul rôle de financer les centres d'excellence et les activités des secteurs qu'ils sont chargés de réglementer, soit que le fédéral a une responsabilité plus large qui l'amène à financer tous les aspects du système de soins de santé, et pas simplement les soins primaires. Les dérobades ne sont guère utiles dans le contexte de ce débat. On pourrait soutenir que le gouvernement fédéral n'a peut-être aucun rôle à jouer, mais je ne pense pas que le Conference Board du Canada soit prêt à adopter une telle position.

Si on décide que de nouvelles sources de financement sont nécessaires, il faudra examiner la possibilité d'imposer des taxes qui placent le fardeau sur la consommation plutôt que directement sur le revenu. Ces taxes devraient faire l'objet d'un processus transparent et être liées à l'estimation des coûts additionnels en matière de soins de santé qu'elles sont censées financer. Les aspects redistributifs devraient être pris en compte par des examens des ressources ainsi que par le régime fiscal lui-même afin qu'elles soient équitables et qu'elles ne viennent pas apporter de l'eau au moulin de Conrad Black.

It is important, when doing something like that, to have done your homework and the research that gives you some idea of what you are facing and best estimates of increased costs over the next 20 or 25 years, so that people have some sense of the actuarial burden they are being asked to fund. How you are applying the tax to fund what extra costs needs to be made transparent. You need to make sure that you have the means tests, the redistribution aspects and the rebates through the income tax system that keep it as equitable as possible.

Senator Morin: You would increase the untargeted health transfer?

Mr. Darby: To the provinces.

Senator Morin: Of course. That would be your answer to Senator Robertson's question?

Mr. Darby: I would like to keep it as targeted as possible — although "as possible" can also be seen as a cop-out. I am not sure whether it can be targeted or not in the current funding arrangements.

Senator Morin: I thought you said a few minutes ago that you did not care whether it went to primary care or hospitals, there has to be an increase in spending and we should transfer more money to the provinces and let them deal with their own priorities.

Mr. Darby: That is right.

Senator Morin: It is untargeted.

Mr. Darby: It is untargeted within the context of the overall health envelope.

Senator Morin: It is not specific.

Mr. Darby: It is targeted in terms of health itself.

Senator Morin: I agree. Targeted to health but untargeted —

Mr. Darby: — within the envelope.

Senator Morin: That is your priority. I wanted to make sure I understood what you were saying.

Mr. Kelly: When I was a deputy, I learned that when a minister asked for a straight answer, it was best to give one, and to be as brief as possible. If the decision has been taken to increase funding for health and the question is what should be the revenue source, I would do exactly what the B.C. government did a few months ago when it discovered that it did not have sufficient revenue to cover rising health care costs — it increased the consumption tax.

The Chairman: You mean the provincial sales tax.

Mr. Kelly: Yes, the provincial sales tax.

Avant d'entreprendre un exercice de ce genre, il faut bien se préparer et effectuer toute la recherche nécessaire afin d'avoir une bonne idée de ce qui nous attend et d'obtenir la meilleure estimation possible de l'augmentation des coûts sur une période de 20 ou 25 ans, de sorte que la population puisse avoir une idée du fardeau actuariel qu'on lui demande d'absorber. Il faut s'assurer que le processus retenu pour appliquer la taxe destinée à financer les coûts additionnels soit transparent. On doit avoir procédé à un examen des ressources, avoir examiné les aspects de la redistribution ainsi que les remises effectuées par l'entremise du régime fiscal afin que cette taxe soit aussi équitable que possible.

Le sénateur Morin: Vous augmenteriez les transferts relatifs à la santé non ciblés?

M. Darby: Les transferts aux provinces.

Le sénateur Morin: Bien sûr. C'est votre réponse au sénateur Robertson?

M. Darby: J'aimerais que cette taxe soit aussi ciblée que possible même si «que possible» pourrait également être perçu comme une certaine forme de dérobade. J'ignore si cette taxe pourrait être ciblée ou non dans le cadre des accords de financement actuels.

Le sénateur Morin: Je croyais vous avoir entendu dire, il y a quelques minutes, que peu importe si ce financement est utilisé pour les soins primaires ou les établissements, il y aura une augmentation des dépenses et que nous devrions transférer davantage d'argent aux provinces et les laisser s'occuper de leurs propres priorités.

M. Darby: Tout à fait.

Le sénateur Morin: Donc, ce n'est pas ciblé.

M. Darby: Ce n'est pas ciblé dans le contexte de l'enveloppe globale en matière de santé.

Le sénateur Morin: Ce n'est pas spécifique.

M. Darby: C'est ciblé en matière de santé.

Le sénateur Morin: D'accord. Ciblé en matière de santé mais non ciblé...

M. Darby: ... à l'intérieur de l'enveloppe.

Le sénateur Morin: Voilà votre priorité. Je voulais m'assurer d'avoir bien compris.

M. Kelly: À l'époque où j'étais sous-ministre, j'ai appris que lorsque votre patron vous demande une réponse directe, vous avez intérêt à lui en donner une, et à ce qu'elle soit aussi brève que possible. Si la décision a déjà été prise d'augmenter le financement en matière de santé et si la question consiste à déterminer quelle devrait être la source des recettes, j'agis exactement comme le gouvernement de la Colombie-Britannique lorsqu'il a découvert il y a quelques mois qu'il ne disposait pas des revenus suffisants pour couvrir les coûts des soins de santé en pleine expansion — il a tout simplement augmenté la taxe à la consommation.

Le président: Vous voulez dire la taxe de vente provinciale.

M. Kelly: Oui, la taxe de vente provinciale.

The Chairman: I was not meaning to be critical. It is just that many in our audience might not be quite sure what a consumption tax is — it is the provincial sales tax. However, the federal consumption tax is the GST.

Mr. Kelly: There are others, but the GST is obviously the largest.

I say that for three reasons. First, it raises revenue quickly. Second, we have to keep our income tax, corporate tax, payroll tax and so on within shooting distance of America's, which significantly constrains our policy flexibility. Third, it is a visible tax. It would make consumers fully aware of the implications of health care cost increases. It might bring additional consumer pressure to bear on the cost side of the equation, which, from my point of view, would be healthy.

Mr. Evans: Both the federal minister and Mr. Romanow have recalled the National Forum on Health from time to time. I subscribe to the position of that rump group. First, it is quite evenly split on the question of whether it is true that the system needs more money. There are those who take that view strongly, in much the way you have done. I am on the other side.

This committee should get hold of the speech that Dr. Charles Wright gave at the meetings in Halifax — he was this year's Emmett Hall lecturer — on the subject of why we need more money to provide more services that do not work. A year ago, he completed a study on cataract surgery in British Columbia that indicated that cataract surgery waiting lists are now for surgery that is at the margin, and on balance, likely to do more harm than good. This is not a wholly uncontroversial finding, but it is on the table and deserves further evaluation.

His Emmett Hall lecture was devoted to a wide array of areas in which we are over-servicing and providing inappropriate care. The largest single area has to be drugs. It matters — and here I disagree with Mr. Darby — where the pressures are coming from; it matters that the pressures are not coming from medicare, as everybody who has looked at the Canadian Institute for Health Information data has pointed out; it matters that they are coming from the drug costs, which are not under medicare — and that is your target.

I agree with you, Chairman, that the federal government has been engaged in regulating drugs without any corresponding fiscal responsibility. We all know that has created enormous burdens for the provinces that are not commensurate with the

Le président: Je ne voulais pas vous reprendre. Mais il se peut que des membres de notre auditoire ne savent pas exactement ce qu'est une taxe à la consommation — il s'agit de la taxe de vente provinciale. Cependant, dans le cas du gouvernement fédéral, la taxe à la consommation est la TPS.

M. Kelly: Il y a en a d'autres, mais la TPS est de toute évidence la plus imposante.

Pour trois raisons. Premièrement, elle permet d'augmenter rapidement les recettes. Deuxièmement, il faut maintenir l'impôt sur le revenu, l'impôt des sociétés, les charges sociales et ainsi de suite à distance raisonnable des impôts et taxes du reste des Amériques, ce qui impose des restrictions considérables à notre politique. Troisièmement, c'est une taxe visible. Elle forcerait les consommateurs à réaliser les répercussions des augmentations dans les coûts des soins de santé. Elle pourrait également inciter davantage les consommateurs à tenir compte du facteur coûts, ce qui à mon point de vue serait sain.

M. Evans: Le ministre fédéral et M. Romanow ont fait allusion à plusieurs reprises au Forum national sur la santé. J'appuie la position de ce groupe de dissidents. Premièrement, les membres de ce groupe sont assez divisés sur la question de savoir si le système a réellement besoin d'une injection de fonds supplémentaires. Certains sont très favorables à cette option, un peu comme vous. Pour ma part, je suis de l'autre côté.

Votre comité devrait mettre la main sur l'exposé présenté par le Dr Charles Wright lors des réunions que nous avons tenues à Halifax — c'était le conférencier invité cette année au Emmett Hall — sa position était que nous devrions nous interroger sur la pertinence d'injecter davantage d'argent afin d'offrir davantage de services qui ne fonctionnent pas. Il y a un an, il a réalisé une étude sur la chirurgie de la cataracte en Colombie-Britannique, cette étude montrait que les listes d'attente pour les chirurgies de la cataracte sont maintenant constituées de personnes qui n'en ont peut-être pas absolument besoin et qui, tout bien pesé, auraient peut-être avantage à ne pas subir cette intervention. Cette affirmation est assez controversée, mais elle est sur la table des discussions et mérite que l'on s'y attarde.

Cette conférence prononcée au Emmett Hall portait sur un éventail de domaines où on note une activité abusive et des soins inappropriés. Les médicaments sont sans aucun doute le domaine le plus criant à cet égard. Il est important — et sur ce point je ne suis pas d'accord avec M. Darby — de déterminer l'origine des pressions. Il est important de déterminer que le régime de soins de santé n'est pas à l'origine de ces pressions, comme tous ceux qui ont examiné les données fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé l'ont souligné. Il est important de déterminer que ces pressions proviennent du coût des médicaments qui ne relèvent pas du régime d'assurance-maladie — c'est la cible que vous devez viser.

Je suis d'accord avec vous, monsieur le président, que le gouvernement fédéral s'est engagé dans la réglementation en matière de médicaments sans mettre en parallèle de responsabilités sur le plan fiscal. Nous savons tous que cette

benefits. That is the area you have to target, although there are others.

I think it is the unanimous view of the national forum that whether or not the system does need more money — we need to remember that, except for the American extravagance, ours is the most expensive in the world — the reality is that the public believes it does. Therefore, the federal government does have to put more money on the table, whether or not the system really needs it.

We should keep in mind that the crunch period of the 1990s was an enormous step forward in terms of the effectiveness of the hospital system. Things happened in the 1990s that we had analyzed in the early 1970s, at the beginning of my career — for example, the potential for day surgery and the enormous cost savings that could be achieved. The inertia in the system meant that it happened only slowly and partially, until the fiscal crunch hit people between the eyes. The mid-1990s was not a period of tragedy; it was a period of significant advances in productivity and effectiveness in the Canadian health care system. There is more to be gained.

You will notice that I am taking two separate positions: First, I do not think the system does need more money. I think it needs better management of the money it has. Nonetheless, the feds have to put that money on the table because of the central issue of public confidence. Therefore, to reconcile those positions, the feds put the money on the table, with strings attached that are negotiated province by province. You say to the folks in each province, "There is money on the table. You tell us what you think are the crucial areas in your province that are causing the problems, and let us see if we can figure out how to use that money to make this system run more effectively."

The Chairman: I wish to thank our audience on CPAC for being with us for the past two hours. CPAC will be covering other sessions of the committee, and our final report will be out at the end of October.

Senator Keon: In regard to your line of reasoning, Mr. Evans, it is debatable whether or not there is enough money in the system. I have found myself over the years frequently saying that there is enough money in the system if we could change the way some things are done.

It has become perfectly obvious that we are in an era of paralysis, because all our institutions are running deficits. The provincial ministries are running deficits and going on hands and

décision a imposé aux provinces un fardeau énorme qui est sans rapport avec les avantages qu'elles en ont retirés. C'est ce sur quoi vous devez porter votre attention, même s'il y a beaucoup d'autres secteurs problématiques.

Je pense que les participants au Forum national ont été unanimes sur cette question, à savoir que peu importe si le système a besoin ou non que l'on y injecte davantage d'argent — après tout, à l'exception des extravagances des Américains, notre système est le plus coûteux du monde — la réalité est que le public est persuadé de la nécessité d'y injecter plus d'argent. Aussi, l'administration fédérale devra s'exécuter, que le système en ait besoin ou non.

Nous devrions garder à l'esprit que durant la période de restrictions des années 90, nous avons fait un énorme pas en avant pour ce qui est de l'efficacité du système hospitalier. Il s'est produit durant les années 90 des événements que nous avons analysés au début des années 70, au tout début de ma carrière — par exemple, le potentiel de la chirurgie d'un jour et les énormes économies que l'on pouvait réaliser. L'inertie du système a fait en sorte que l'on n'a pu instaurer ce processus que très lentement et partiellement, jusqu'à ce que la compression des ressources financières vienne nous frapper de plein fouet. Le début des années 90 n'a pas été une période de tragédie; ce fut une période de progrès significatif en matière de productivité et d'efficacité au sein du système de soins de santé canadien. Mais il y a encore beaucoup à faire.

Vous remarquerez que j'adopte deux positions distinctes: premièrement, je ne pense pas que le système ait réellement besoin que l'on y injecte davantage d'argent. Je pense qu'il a surtout besoin que l'on gère mieux l'argent qui s'y trouve déjà. Néanmoins, le gouvernement fédéral doit mettre cet argent sur la table étant donné que cette question est importante et que la confiance du public en dépend. Par conséquent, afin de concilier ces deux positions, le gouvernement fédéral a réservé des fonds à cet effet, mais en y rattachant des restrictions qui ont été négociées avec chaque province. On dit aux responsables dans chaque province: «Voici l'argent. Dites-nous dans quels secteurs les besoins sont les plus criants, et voyons ensemble si nous pouvons déterminer comment ces sommes pourraient améliorer la gestion du système.»

Le président: Je remercie notre auditoire qui suit les débats sur la CPAC de nous avoir accompagnés au cours des deux dernières heures. La CPAC retransmettra les autres réunions du comité, et nous produirons notre rapport final à la fin d'octobre.

Le sénateur Keon: Pour ce qui est de votre raisonnement, monsieur Evans, nous pourrions discuter longtemps pour décider si oui ou non il y a suffisamment d'argent dans le système. Avec les années, je me suis retrouvé souvent en position de dire qu'il y aurait suffisamment d'argent dans le système, si seulement nous pouvions faire les choses autrement.

C'est devenu parfaitement évident que nous vivons à une époque de paralysie, parce que toutes nos institutions affichent des déficits. Les ministères provinciaux doivent gérer des déficits

knees to treasury boards. There is absolutely no money for change.

Would you comment on that, please?

Mr. Evans: Fifteen years ago, Fraser Mustard said that it is difficult to make progress when there is a hyena gnawing on your foot. That is a more graphic way of making the same point.

The issue of whether there is enough money for change is highly debatable, as evidenced by the fact that we debate it. You and I may find ourselves in agreement on the possibilities of making effective economies. The informal, unanimous position of the forum on that matter is similar to yours, with perhaps slightly different reasoning.

As I tried to express it, it is because the general public believes that the system is underfunded that we must do something about it. There is a loss of confidence. You have added the additional point that you must grease the system if you want to make it move. That is correct.

The problem you run into is that which Mr. Kelly emphasized: Money is being put into it now. There has been increased funding over the last five years that has been principally absorbed by increases in compensation levels. The additional money has not been tied to making the specific changes that would make the system function better.

The only way we can make it function better is to hit it over the head with a two-by-four, as we did in the 1990s. That has other side effects.

I would agree. There must be more federal money, and it must be tied to federal-provincial agreements about the changes required.

Years ago, there was a paper entitled "A System Held Hostage." That title was perceptive. You need money to free the hostages, but you must make sure that the money is not put into general revenue and used to fund more of the same.

The Chairman: For many years, Senator Cook has served in a variety of capacities on hospital boards in Newfoundland, starting with a tiny hospital all the way up to the new amalgamated General Hospital in St. John's.

Senator Cook: That is the process that is causing me angst this morning. I do come from a small island — not the smallest — with few resources. I am trying to understand what this means at the end of the day for rural Canada. I know that we have to devise a system that will take care of all of us. I know there will be diversity within it, as there is in the nation.

et faire des pieds et des mains pour obtenir des crédits auprès de leurs conseils du Trésor. Il n'y a pas d'argent pour effectuer des changements.

Avez-vous des commentaires?

M. Evans: Il y a 15 ans, Fraser Mustard disait qu'il est difficile de faire des progrès lorsqu'une hyène est en train de vous ronger le pied. C'est une façon plus imagée de dire exactement la même chose.

La question de savoir s'il y a suffisamment d'argent pour apporter des changements est très discutable, la preuve en est que nous sommes en train d'en parler. Vous et moi pourrions être d'accord qu'il existe des possibilités de réaliser des économies réelles. La position unanime et informelle du Forum sur cette question est semblable à la vôtre, avec peut-être de légères variantes au niveau du raisonnement.

Comme j'ai tenté de l'exprimer, c'est parce que le grand public est persuadé que le système est sous-financé que nous devons faire quelque chose. Il y a un manque de confiance. Vous avez en outre fait valoir que nous devons mettre de l'huile dans l'engrenage si nous voulons qu'il fonctionne bien. Vous avez tout à fait raison.

Le problème qui se pose est celui que M. Kelly a décrit: des sommes sont actuellement injectées dans le système. Depuis plus de cinq ans, le financement additionnel qui y a été injecté a été principalement absorbé par les augmentations des niveaux de rémunération. Les crédits additionnels n'ont pas été liés à la réalisation de changements précis qui auraient permis d'améliorer le fonctionnement du système.

Le seul moyen d'améliorer les choses est de lui donner un coup de massue, comme nous l'avons fait dans les années 90. Mais cette méthode a des effets secondaires.

Je suis d'accord. Le gouvernement fédéral doit injecter de l'argent, et ces sommes doivent être liées à des accords entre le fédéral et les provinces au sujet des changements qui sont nécessaires.

Il y a des années, on a publié un document intitulé «Un système en otage». Le titre était assez perspicace. On a besoin d'argent pour libérer les otages, mais il faut s'assurer que cet argent n'ira pas grossier la caisse des recettes générales et qu'il ne sera pas utilisé pour financer d'autres activités.

Le président: Durant de nombreuses années, le sénateur Cook a occupé diverses fonctions au sein de conseils d'administration dans des hôpitaux de Terre-Neuve. Il a commencé dans un tout petit hôpital et s'est rendu jusqu'au nouveau General Hospital fusionné de St. John's.

Le sénateur Cook: C'est le processus qui me donne des inquiétudes, ce matin. Je suis originaire d'une petite île — pas la plus petite — dotée de faibles ressources. J'essaie de comprendre quelles seront les répercussions en fin de compte pour le Canada rural. Je sais que nous devons concevoir un système qui prendra soin de tous et chacun d'entre nous. Je sais que ce système devra s'adapter à la mosaïque de notre pays.

We are at a point now where we have set out our principles. Over the summer, it is my understanding we will look at how we can implement them. I have been trying to do three things here this morning. I do know one thing, that I am not the trinity. I have tried to listen and read — because some of your information has just arrived — and then I will try to understand.

If you will be patient with me, I should like to have some comment, in order to gain an understanding, on the consumption taxes. I would like to hear the rationale for the notion that more private funding is needed. The second speaker mentioned this.

I am very interested in the payer-provider relationship, the open-ended billing contracts and the provincial medical services. This one really goes to the heart of who I am: "Many Canadian regions are too small to allow for optimal care for specialized services." I am interested in the reality of tele-health.

Lastly, Mr. Robinson, I heard you say, "Do not be concerned about costs, be concerned about quality." I should like to hear about the details of public governance.

Senator Keon just mentioned costs. If there is one thing I learned as a volunteer when we amalgamated six hospitals into one, with two sites, it is that we should have budgeted for change. If we are to get to the implementation of principles, it will take time and there will be a cost. I should like to know if there is any collective wisdom as to how that should happen, given the political reality that in this democracy, there are elections every four or five years and priorities change.

I should like to hear what you consider to be "accountability," not only between the federal jurisdiction and the provinces, but within the system, between the physician and those people who deliver the service and so on.

Mr. Darby: The main consumption tax that is collected at the federal level is the GST. There are excise taxes on alcohol and tobacco. If you were to increase taxes on consumption, you could look at either an increase in the GST directly, or imposing what you might call a "special health care tax" on top of the GST, but using the same collection mechanisms. It would have to be sold in that context, as it will obviously need consumer buy-in. To sell it, you would need good estimates of the extra burden in health care costs in the future. As a result, it would have to be carefully fashioned. It would have to be billed and accepted as a tax resulting from the increased costs of health care.

Nous sommes arrivés à un point où nous avons déjà établi les principes. Au cours de l'été, je pense que nous allons examiner la manière de les mettre en pratique. Depuis ce matin, j'essaie de faire trois choses. Je sais par contre que je ne suis pas la sainte trinité. J'essaie d'écouter et de lire — parce que certains de vos documents viennent tout juste d'arriver — et ensuite j'essaie de comprendre.

Si vous voulez bien avoir un peu de patience avec moi, j'aimerais que vous m'expliquiez afin que je comprenne mieux, ce que vous voulez dire par taxe à la consommation. J'aimerais que vous m'expliquiez pourquoi nous devons obtenir davantage de financement privé. Le deuxième témoin a mentionné cet aspect.

Je m'intéresse beaucoup à la relation entre le payeur et le fournisseur, aux contrats de facturation sans limites ainsi qu'aux services médicaux provinciaux. L'affirmation selon laquelle bon nombre de régions canadiennes sont trop petites pour pouvoir s'offrir des soins optimaux en matière de services spécialisés me touche profondément. J'aimerais également entendre parler de la réalité de la télésanté.

Enfin, monsieur Robinson, je vous ai entendu dire: «Ne vous inquiétez pas des coûts, inquiétez-vous de la qualité.» Donc, j'aimerais que vous me parliez de l'exercice du pouvoir public.

Le sénateur Keon a seulement mentionné les coûts. S'il y a une chose que j'ai apprise en tant que bénévole lorsque nous avons fusionné six hôpitaux en un seul, dans deux emplacements différents, c'est que nous aurions dû établir un budget en prévision des changements. Si nous voulons en arriver à l'étape de l'application des principes, il faudra y mettre le temps et l'argent nécessaires. J'aimerais savoir si l'on peut s'en remettre à une certaine forme de sagesse collective qui nous permettrait de déterminer ce qui devrait se produire, étant donné le contexte politique dans lequel nous évoluons au sein de cette démocratie, c'est-à-dire où il y a des élections tous les quatre ou cinq ans et où les priorités changent.

J'aimerais également que vous me disiez ce que vous entendez par «reddition de comptes», non seulement entre l'administration fédérale et les provinces, mais aussi à l'intérieur du système, entre le médecin et les personnes qui assurent la prestation des services et ainsi de suite.

M. Darby: La principale taxe à la consommation perçue par le gouvernement fédéral est la TPS. Il existe également des taxes d'accise sur l'alcool et le tabac. Si on devait augmenter les taxes à la consommation, on pourrait envisager soit d'augmenter la TPS directement ou alors d'imposer ce que l'on pourrait appeler une «taxe spéciale sur les soins de santé» en plus de la TPS, mais qui utiliserait les mêmes mécanismes de perception. Il faudrait expliquer cette augmentation dans ce contexte, étant donné que l'accord des consommateurs est absolument essentiel. Donc, pour convaincre les consommateurs, vous aurez besoin de bonnes estimations du fardeau que représenteront dans le futur les coûts additionnels en matière de soins de santé. Par conséquent, il faudrait planifier cet exercice avec soin. Il faudrait que ces montants soient facturés et acceptés en tant que taxe résultant de l'augmentation des coûts des soins de santé.

In British Columbia, there was a half-point increase in the retail sales tax to cover some off-budget costs they had not anticipated.

If you are talking about a federal consumption tax, given the magnitude of the requirement, you are looking at something in the context of the GST.

Does that help?

Senator Cook: That does. However, my province now has a blended sales tax of 20 per cent. What kind of increase in the GST do you see? Are you saying 1 or 2 per cent? I am trying to decide, not whether it will be acceptable, but whether it is possible.

Mr. Darby: I cannot answer your question at this point with the data I have. We would be prepared to come up with an estimate of what those costs would be over the next 25 years and what increase in the GST would be required to fund that. It is possible to do the research. I am not sure that has been done yet. As a result, unfortunately, senator, I am not in a position to answer your question directly.

My sense, though, is that you are not looking at a massive increase. Perhaps a half a per cent to 1 percent would be adequate. I do not think we are looking at more than that, but it would need some work.

The Chairman: We will take you up on your offer of free labour. We will have our researchers talk to you.

To put a number on the table, a 1 per cent increase in GST, taking into account GST rebates — in other words, looking at the total amount of money that comes in and the total that goes out — leaves you with \$3.2 or \$3.3 billion a year, somewhere in that range. That is the revenue in, minus the rebates out.

Senator Cook: Thank you for that.

Mr. Evans: That is pretty close to, although perhaps not quite as large, the size of the federal subsidy to the private insurance industry as calculated by Jim Smyth at the University of Alberta last year. He estimated the tax expenditure subsidy received by private insurance in Canada in 1994 at \$2.5 billion. We are now subsidizing the private insurance industry from the provincial treasuries to about the amount you just quoted. That is intriguing.

Senator Morin: Could you expand on this?

Mr. Evans: Sure. An employer deducts the cost of employer-paid health insurance against income. It is a tax deduction. The benefit is not taxable in your hands. It creates a distortion in the tax system that subsidizes private insurance. The numbers have obviously been studied intensively in the U.S., where it was about \$125 billion two years ago, or about 10 per cent of total health

En Colombie-Britannique, on a majoré la taxe de vente au détail d'un demi-point afin de couvrir certains coûts hors budget qui n'avaient pas été anticipés.

Si on veut instaurer une taxe à la consommation fédérale, étant donné l'ampleur des besoins, il faudra penser à quelque chose dans le genre de la TPS.

Est-ce que cela vous aide?

Le sénateur Cook: Oui, merci. Toutefois, ma province impose déjà une taxe de vente harmonisée de 20 p. 100. Quel genre d'augmentation voyez-vous au chapitre de la TPS? Pensez-vous à 1 ou 2 p. 100 d'augmentation? J'essaie de déterminer, non seulement si cela sera acceptable, mais si cela sera possible.

M. Darby: Je ne peux pas répondre à votre question pour le moment, parce que je ne dispose pas des données suffisantes. Nous sommes disposés à réaliser une estimation de ce que ces coûts pourraient représenter au cours des 25 prochaines années et de l'augmentation correspondante pour la TPS si on voulait utiliser celle-ci pour les financer. C'est une recherche que nous pouvons faire. Je ne pense pas qu'elle ait déjà été faite. Par conséquent, malheureusement, sénateur, je ne suis pas en mesure de vous répondre directement.

Toutefois, j'ai l'impression que l'on s'engage vers une augmentation massive. Peut-être qu'un demi ou un pour cent serait un chiffre réaliste. Je ne pense pas que cela soit davantage, mais il faudrait vraiment faire des calculs.

Le président: Nous acceptons votre offre gratuite. Nous allons demander à nos attachés de recherche de communiquer avec vous.

Pour avancer un chiffre, une augmentation de 1 p. 100 de la TPS, si l'on tient compte des remboursements de TPS — autrement dit, si l'on examine le montant total qui est généré par cette taxe et celui qui est redistribué, cela nous laisse entre 3,2 ou 3,3 milliards de dollars par année, ou enfin un montant qui se situe quelque part dans cette fourchette. C'est la différence entre les recettes et les remboursements qui sont versés.

Le sénateur Cook: Je vous remercie.

M. Evans: Ce chiffre se rapproche beaucoup, même s'il n'est peut-être pas aussi élevé, du montant de subventions que l'administration fédérale verse au secteur de l'assurance privée tel que l'a calculé Jim Smyth à l'Université de l'Alberta l'année dernière. Il a estimé qu'en 1994, le secteur de l'assurance privée du Canada avait reçu 2,5 milliards de dollars en subventions relatives aux dépenses fiscales. Nous subventionnons le secteur de l'assurance privée aujourd'hui à partir des trésors provinciaux pour sensiblement le même montant que celui que vous venez tout juste de citer. C'est très intrigant.

Le sénateur Morin: Pourriez-vous nous donner des explications?

M. Evans: Certainement. L'employeur déduit sa part des coûts des cotisations qu'il verse au titre du régime d'assurance-santé par rapport aux revenus. Il s'agit d'une retenue à la source. Les prestations ne sont pas imposables comme revenus. Cela crée une distorsion dans le régime fiscal qui revient à subventionner le secteur de l'assurance privée. Les chiffres ont naturellement été

expenditures. Ours runs in the neighbourhood of 3 to 4 per cent. It is a pretty big number. That is part of the subsidy process that is very rarely talked about.

Mr. Darby is absolutely correct to be reticent about calculating those costs. I am somewhat nervous about his accepting the responsibility to do it in the near future. You are not talking about a scientific process, like calculating how to get a rocket to the moon or to Mars. You are talking about something that is more equivalent to handicapping the World Cup, estimating who is going to win what is ultimately a contest. It is a contest of accounting, in that every dollar of expenditure is a dollar from someone's income. There is no way around that when it is an iron law. Therefore, when you start projecting future costs, you are predicting the outcome of political contests between providers and payers.

As David Kelly has said, much of the new money going into health care has been absorbed by increased compensation to hospital workers and doctors, certainly in British Columbia, where the government played hard and largely lost.

Therefore, when you estimate the need for tax increases to cover increases in expenditure, you are forecasting the outcome of contests over remuneration, and not only that. For example, you are forecasting the contest over drug use. As you have undoubtedly seen in the medical literature, we found that the B.C. pharmacare program has been successful, to some extent, in limiting the growth of drug costs through its reference pricing. Therefore, that program has been the explicit target of the drug industry, for the obvious reason that it reduces their sales and their profits. That is what it was intended to do.

I do not think any forecast you could make will be any more reliable than the underlying political assumptions. I would caution Mr. Darby on taking that line.

The Chairman: Let me be clear. It does seem to the committee that we need to make a reasonable estimate of numbers, as opposed to throwing up our hands and saying it is not possible.

Mr. Evans: You must make the conditionality of the scenarios explicit. That is critical.

The Chairman: On your comment about subsidizing the health insurance industry, if premiums paid by employers were not tax deductible, presumably they would not pay the same level of premium. The money would then have to come from somewhere else, and that would be taxpayers. It should not be thought of as a

étudiés de près aux États-Unis, où ce montant a atteint 125 milliards de dollars il y a deux ans, soit environ 10 p. 100 du total des dépenses en matière de santé. Nos dépenses tournent autour de 3 à 4 p. 100. C'est un chiffre assez impressionnant. Il s'agit d'une partie du processus de subvention dont on parle très rarement.

M. Darby a absolument raison de montrer de la réticence au sujet du calcul de ces coûts. Je suis un peu inquiet qu'il ait accepté la responsabilité de le faire à court terme. Il ne s'agit pas d'un processus scientifique, comme celui qui consisterait à calculer le temps que prendra une fusée pour se rendre à la lune ou à la planète mars. Ce calcul s'apparente davantage à la prévision des résultats de la Coupe du monde, ou à l'estimation de qui l'emportera dans ce qui ressemble à une sorte de jeu-concours. C'est un jeu comptable, parce que chaque dollar figurant dans les dépenses provient du revenu de quelqu'un d'autre. Il n'y a pas moyen d'en sortir puisqu'il s'agit d'une loi d'airain. Par conséquent, lorsque l'on entreprend de projeter des coûts dans le futur, il faut prédire le résultat de ces concours politiques entre les fournisseurs et les payeurs.

Comme l'a mentionné David Kelly, une bonne part de l'argent neuf qui devait être consacré aux soins de santé a été absorbé par l'augmentation de la rémunération versée aux employés d'hôpitaux et aux docteurs, en tout cas en Colombie-Britannique où le gouvernement a décidé de ne pas faire de cadeaux et s'en est mordu les doigts.

Aussi, lorsque l'on veut estimer le montant d'augmentation des taxes qui permettrait de couvrir les hausses au chapitre des dépenses, il faut prévoir le résultat d'un concours par rapport à la rémunération, et pas seulement cela. Par exemple, on essaie de faire des prévisions en ce qui concerne l'usage des médicaments. Comme vous l'avez sans doute constaté en prenant connaissance de la documentation médicale, on a trouvé que le régime d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique a réussi à limiter la croissance du coût des médicaments grâce à son système d'établissement des prix de référence. Par conséquent, le secteur a fait de ce programme sa cible pour la raison évidente qu'il contribue à réduire son chiffre d'affaires et ses profits. C'était exactement le but visé.

Je pense qu'aucune prévision que vous pourriez faire ne sera beaucoup plus fiable que ces hypothèses politiques sous-jacentes. Je voudrais mettre M. Darby en garde contre la tentation d'adopter cette ligne de pensée.

Le président: Permettez-moi d'apporter des précisions. Le comité est vraiment persuadé qu'il est nécessaire d'obtenir une estimation raisonnable des chiffres qui sont en cause, plutôt que de jeter la serviette et de dire que c'est impossible.

M. Evans: Il faut faire en sorte de rendre les obligations que comportent les scénarios très explicites. C'est essentiel.

Le président: Concernant votre commentaire au sujet des subventions versées à l'industrie de l'assurance santé, si les primes versées par les employeurs n'étaient pas déductibles du revenu imposable, il est probable que les entreprises n'acquitteraient pas des primes aussi élevées. Il faudrait alors puiser l'argent ailleurs, et

subsidy to corporate Canada. In reality, a decision was made to allow employers that deduction, and therefore, to have part of it paid for by all Canadians.

Mr. Evans: Those are two different things. I was not suggesting for a moment that the deduction was inappropriate. It is a cost of doing business and ought to be deductible. However, it ought to be taxable in the hands of the employee.

The Chairman: You mean the benefit itself.

Mr. Evans: That is right. However, you and I know that Allan MacEachen tried to go down that road and was shot down.

The Chairman: Slightly more than the 20 years have passed since that November day. I remember it well, although not with fondness.

Mr. Evans: Other countries have done it, and I understand that Quebec has too.

Mr. Kelly: Senator Cook raised the issue of payer-provider relations, which I addressed in my brief. I do feel that the contractual relationship, particularly between provincial governments and physicians, is dysfunctional. This is especially so with respect to community-based physicians, primary care physicians and so on. When I ran the Alberta insurance plan and, later, the B.C. plan, it was my responsibility to hand out billing numbers to newly licensed physicians. Those billing numbers required the province to pay for their services, but they put no requirements on physicians as to where, how, when and on whom they practised. I always felt that was a somewhat open-ended arrangement that created inappropriate incentives.

I felt then, and still feel, that it is possible for those who govern the system to have some appreciation of where the needs are, and that resources should be directed to meet those needs and physicians encouraged to locate and provide services in accordance with those needs.

It is not the doctors' fault that a particular incentive system is in place. I am not suggesting that doctors act inappropriately. I do believe that provincial policy in that respect is inappropriate. I would suggest that provincial governments should enter into meaningful contractual relationships with physicians.

On the other side of the coin, there may be physicians who do not want to enter into such a relationship. I would encourage them not to do so, if they do not wish to, and take the opportunity to practise privately.

sans doute faire appel aux contribuables. Il ne faut pas voir ce mécanisme comme une subvention aux entreprises canadiennes. En réalité, on a pris la décision de permettre aux employeurs de faire cette déduction et par le fait même, de répartir une partie de ces obligations entre tous les Canadiens.

M. Evans: Nous parlons de deux choses différentes. Je n'ai jamais voulu dire que cette déduction était injuste. C'est la rançon des affaires et elle a sa raison d'être. Toutefois, il me semble qu'elle devrait être imposable à titre de revenu de l'employé.

Le président: Vous voulez dire la prestation elle-même.

M. Evans: Tout à fait. Cependant, nous savons très bien vous et moi que Allan MacEachen a essayé d'emprunter cette avenue, et on lui a coupé les ailes.

Le président: Un peu plus de 20 années se sont écoulées depuis ce jour de novembre. Je m'en rappelle très bien, même si ce n'est pas avec joie.

M. Evans: D'autres pays l'ont fait, et je pense que le Québec a adopté cette approche.

M. Kelly: Le sénateur Cook a soulevé la question des relations entre payeurs et fournisseurs, une question que j'ai moi-même abordée dans mon mémoire. Je suis persuadé que la relation contractuelle, et particulièrement celle qui existe entre les administrations provinciales et les médecins, est une relation dysfonctionnelle. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne les médecins communautaires, les médecins de premier recours, et ainsi de suite. À l'époque où j'administrais le régime d'assurance de l'Alberta, et par la suite le régime de la Colombie-Britannique, j'étais chargé de transmettre aux nouveaux médecins autorisés leurs numéros de facturation. La province exigeait qu'ils produisent ces numéros de facturation s'ils voulaient être rémunérés pour leurs services, mais ils n'étaient assortis d'aucune exigence permettant de déterminer à quel endroit, de quelle manière, à quel moment et auprès de qui les médecins allaient exercer leur profession. J'ai toujours pensé qu'il s'agissait d'un arrangement ouvert qui créait des mesures incitatives disproportionnées.

J'avais l'impression alors, et je l'ai toujours, que ceux qui administrent le système peuvent se faire une certaine idée de l'endroit où les besoins sont les plus criants et que les ressources devraient être orientées de manière à répondre à ces besoins. Je pense aussi que l'on devrait encourager les médecins à s'établir dans ces endroits pour y offrir leurs services professionnels en fonction de ces besoins.

Ce n'est pas la faute des médecins si ces mesures incitatives particulières sont en vigueur. Je ne veux pas dire que les médecins n'agissent pas bien. Je pense toutefois que la politique provinciale à cet égard est mal adaptée. J'aimerais que les administrations provinciales puissent conclure des relations contractuelles significatives avec les médecins.

Par contre, il se peut que des médecins ne désirent pas établir ce type de relation. Je les encourage à ne pas le faire, si tel est leur désir, et tout simplement à saisir l'occasion de travailler en pratique privée.

Ms Deber: You are absolutely right. Part of the trouble with many funding formulas, particularly per capita and per service, is that they are granular. Yet the expenses tend to be high fixed costs for the infrastructure, actually having the service there, that is, the building and the staff, and relatively low marginal costs, in many situations, for one more or one less patient. It is why the numbers on the cost of an emergency room visit are phoney. Most of that is for the emergency room itself, and having one patient more or less is an extraordinarily trivial cost.

That is why, for example, one size does not fit all in these models. That is why they have been moving from fee for service for emergency rooms in small communities to just paying a sessional fee to have someone cover the emergency room.

It is an issue of physicians. If you are using fee for service, there may be enough patients to support two providers. There is no way an on-call arrangement can allow two providers to have a life. You cannot be on call one in every two days. You may need a minimum of five. You cannot move your fee for service levels high enough to support five on enough business for two. It may make sense to have an alternate arrangement and not try to pretend that we can do it all through fee for service. Ontario is doing that now with its funding formula for schools. A school will receive enough money for a third of a librarian, but it will not be able to actually have a third of a librarian.

Most Canadian regions are much too small to have the critical mass for many of the things we do. That is why I am somewhat nervous about the internal market and service-based funding recommendations. They will not work for much of the country, or for many services. We need to figure out what services and resources we need to provide, and what incentive arrangements will not get in the way of good critical care. That will vary by service and area. There is no best way to pay. That was recognized in the 1970s. You must tweak your incentives to make sure they do not get in the way of what you want to accomplish.

For the same reason, I do not like capitation. You say to a doctor, "You will be fully responsible for all the costs of treating all your patients, and we will see what the average is." Then you get an HIV-positive, homeless schizophrenic and your cost

Mme Deber: Vous avez tout à fait raison. Une partie des problèmes que nous éprouvons avec les nombreuses formules de financement, et particulièrement avec la formule par habitant et par service, tient au fait qu'elles sont modulaires. Pourtant, habituellement, les dépenses sont des frais fixes élevés liés à l'infrastructure, au simple fait d'avoir à dispenser le service à partir d'un certain endroit, c'est-à-dire le bâtiment et le personnel ainsi que des coûts marginaux relativement bas, dans bien des cas, qu'il y ait un patient de plus ou de moins. C'est la raison pour laquelle les chiffres dont nous disposons concernant les coûts liés à une visite en salle d'urgence sont complètement ridicules. En effet, la majorité de ces coûts sont liés à la salle d'urgence elle-même, et le fait de voir un patient de plus ou de moins représente une fraction absolument négligeable.

C'est la raison pour laquelle, par exemple, une formule unique ne convient pas à ces modèles. C'est aussi la raison pour laquelle dans les petites collectivités on a remplacé, en ce qui concerne les salles d'urgence, la formule de rémunération à l'acte par le paiement à la séance afin de pouvoir couvrir les frais de la salle d'urgence.

C'est un problème de médecins. Si vous avez opté pour la formule de rémunération à l'acte, il se peut qu'il y ait suffisamment de patients pour faire vivre deux fournisseurs. Il est impossible qu'un arrangement en service de garde permette à deux fournisseurs de mener une existence convenable. On ne peut pas être de garde un jour sur deux. Il faudrait un minimum de cinq personnes. Il est également impossible de faire passer les niveaux de rémunération à l'acte à un montant suffisamment élevé pour faire vivre cinq personnes alors qu'il y a du travail pour deux. Il serait donc peut-être une bonne idée d'envisager un arrangement différent et ne pas prétendre que nous pouvons régler tous les cas avec la formule de rémunération à l'acte. L'Ontario a adopté cette approche avec sa formule de financement du réseau scolaire. Une école peut recevoir suffisamment d'argent pour couvrir le tiers du salaire d'un bibliothécaire, mais en réalité elle ne pourra pas retenir les services de l'équivalent d'un tiers de bibliothécaire.

La plupart des régions canadiennes sont beaucoup trop petites pour disposer de la masse critique nécessaire pour absorber bon nombre des facettes du système. C'est la raison pour laquelle je suis un peu mal à l'aise en ce qui concerne le marché interne et les recommandations qui visent un financement fondé sur les services. Ces recommandations ne donneront pas de bons résultats pour une grande partie du pays ou encore pour bon nombre de services. Nous devons déterminer les types de services et de ressources à fournir et les mesures incitatives qui ne viendront pas nuire à la prestation de soins intensifs de qualité. Ces données vont varier selon les services et les régions. Il n'y a pas de meilleur système de rémunération. Ce principe a été reconnu dans les années 70. Il faut raffiner nos mesures incitatives afin de nous assurer qu'elles ne viennent pas à l'encontre de ce que nous voulons accomplir.

Pour la même raison, je n'aime pas la capitation. Vous dites à un docteur: «Vous devrez assumer l'entière responsabilité de tous les coûts liés aux traitements de tous vos patients, et nous verrons quelle sera la moyenne.» Alors il se retrouve avec un séropositif,

estimate goes out the window, because he is not a healthy 35-year-old man. That is one of the reasons we have not been able to move doctors.

The Chairman: That is why you said we need a blended system.

Ms Deber: Yes, but it is the same for hospitals. I do not like the idea of going to service-based funding. It puts the same perverse incentives into play. There may be other things for that unit to do that would make more sense. That is another reason why competition is somewhat tricky. At the same time as we are talking about competition, we are also talking about the need for cooperation. Ontario went to a managed competition approach for home care and it has destabilized the entire sector. It has driven down wages and driven out workers. Best practices can no longer be employed. Groups who used to cooperate on best practices are now saying it is trade secret, so VON cannot tell St. Elizabeth about their best practices because they may lose clients if they do.

The benefits of competition in some of this have been way overblown. I can get into some of this in more detail, if you wish. There is a background paper that I looked at. In some of the work Preker has done for the World Bank, he talks about the need to have contestability and measurability. I do not know if you could define what a good clinical visit is, when someone goes to see a cardiologist, for example, such that you could measure contract compliance and find out if someone is trying to cut corners. You work on the assumption that people are professionals. You do not want to create a situation where you cut corners.

Some wonderful work was done for the Pentagon in looking at contracting that found that when there is too much emphasis on performance specification and measurement, you end up with 16 pages of specs for a toilet seat. That has come about because someone cut a corner on a previous contract. This admin trivia starts to produce a reaction. Then what happens is that very few people can meet the contract. You drive out all kinds of providers that you need.

Preker also found that if you want a contestable market, you have to have low barriers to both market entry and exit. That is fine if you are considering home care — for example, someone to clean the carpets — because there are low barriers to market entry and exit. The employees may find another place to work.

un schizophrène sans-abri et vos estimations montent en flèche parce qu'il n'a pas affaire à un homme de 35 ans en bonne santé. C'est l'une des raisons pour lesquelles nous avons échoué à déplacer les médecins.

Le président: C'est pourquoi vous dites que nous avons besoin d'un système mixte.

Mme Deber: Oui, c'est la même chose pour les hôpitaux. Je n'aime pas l'idée d'adopter un financement fondé sur les services. Ce système fait jouer les mêmes mesures incitatives perverses. Il se peut que d'autres solutions permettent à cette unité de bien fonctionner. C'est une autre raison pour laquelle je trouve que la concurrence est quelque peu délicate. Nous parlons de concurrence, et du même souffle nous disons que nous avons besoin de collaboration. L'Ontario a adopté une approche de concurrence dirigée en ce qui concerne les soins à domicile et cette décision a destabilisé le secteur tout entier. Elle a fait dégringoler les salaires et chassé les travailleurs. Il n'est plus possible de faire appel aux meilleures pratiques. Des groupes qui avaient l'habitude de collaborer en matière de meilleures pratiques disent maintenant qu'il s'agit d'un secret commercial; aussi, les infirmières de VON ne peuvent plus communiquer les meilleures pratiques qu'elles utilisent à celles de St. Elizabeth parce qu'elles risquent de perdre des clients en le faisant.

Les avantages de la concurrence ont été surévalués à certains égards. Je pourrais vous donner plus de précisions, si vous voulez. À cet égard, j'ai consulté notamment un document d'information. Dans certains travaux réalisés par Preker pour la Banque mondiale, ce dernier mentionne la nécessité de faire appel à la contestabilité et à la mesurabilité. Je ne sais pas si vous êtes en mesure de définir en quoi consiste une bonne visite à la clinique, mais lorsqu'une personne se rend voir son cardiologue, par exemple, il devrait y avoir moyen d'évaluer la conformité au contrat et de déterminer si certains ne rognent pas sur les coûts. On part de l'hypothèse que ces gens sont des professionnels. On ne veut pas créer de situation où certains seraient tentés de faire des économies sur les coûts.

Des travaux assez extraordinaires ont été réalisés pour le Pentagone au cours desquels on s'est penché sur la passation de marchés. Ces travaux ont révélé que l'on insistait beaucoup trop sur les exigences de performance et la mesure de ces exigences pour se retrouver avec des spécifications de 16 pages pour un simple siège de toilette. On en est arrivé là parce que certains ont voulu faire des économies dans le cadre d'un contrat précédent. Ces bricoles administratives commencent à avoir des répercussions. Et ensuite, très peu de personnes peuvent satisfaire aux exigences contractuelles. On se trouve à éliminer tout un éventail de fournisseurs.

Preker a également trouvé que si on veut créer un marché discutable, il faut mettre en place de faibles obstacles à l'entrée et à la sortie du marché. C'est très bien s'il s'agit seulement de soins à domicile — par exemple, si vous cherchez quelqu'un pour nettoyer les tapis — parce que dans ce domaine, les obstacles à l'entrée et à la sortie du marché sont faibles. Les employés peuvent tout simplement trouver un autre endroit où travailler.

However, you will not want to say to the Ottawa Heart Institute, "Oh well, I am sorry, you did not get the contract, so pack up your machinery and go away." You will not say to the Hospital for Sick Children, "There is someone else who could do the routine pediatric care, so we do not need the Hospital for Sick Children any more."

He mentioned expertise and trust as barriers to contestability. I do not think we want to create a system in which we do not care if the providers go under because they do not have expertise and we do not trust them. The rhetoric of competition, even at the World Bank, has very limited applicability to many of the things we do in health care. I am throwing that out as a caution.

Senator Robertson: Mr. Kelly, you said you would like to see a contractual arrangement with the physicians. Would you explain that, please?

Mr. Kelly: Those who govern the health care system, such as the ministers of health and members of the boards of health care regions, have a pretty good understanding of where the priorities lie in the medical needs of the population. They know a great deal about the distribution of physicians. It does not seem illegitimate to suggest that physician resources should be focused on where the need is greatest and that someone needs to make the decision with respect to that need.

At the moment, the only people making decisions with respect to where community physician resources are focused are the community physicians themselves. Their decisions are not necessarily in complete alignment with community needs. That is why, in my view, we have a poor urban/rural distribution of physicians in many cases. It is why we have a poor distribution of primary care physicians within urban areas. Suburban middle-class communities are frequently reasonably well populated from a doctor's point of view, even overpopulated in some cases, whereas inner cities or ethnic communities are not. I would like to see those who pay enter into contractual relationships with those who provide that define what we want to buy and the services we need. We want these services provided in association with other services, that is, we want doctors and nurses working together. We want general practitioners working effectively with the home care system, for example. We want a diabetic treatment program operating in both the primary and institutional health care sectors in a way that is well integrated, efficient and effective. Compensation for physicians entering into these arrangements will be generous. Those who do not enter into such arrangements have the ability to operate privately, if they so wish.

Toutefois, on ne peut pas dire à l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa: «Nous sommes désolés, que vous n'ayez pas décroché le contrat, alors vous pouvez remballer vos machines et partir.» Impossible aussi de dire aux responsables de l'Hospital for Sick Children: «Nous avons trouvé quelqu'un d'autre pour s'occuper des soins pédiatriques courants, aussi nous n'avons plus besoin de vous.»

L'auteur a aussi mentionné que la compétence et la confiance étaient des obstacles à la contestabilité. Je ne pense pas que nous voulions créer un système dans lequel il nous serait indifférent que des fournisseurs s'effondrent simplement parce qu'ils n'ont pas la compétence nécessaire et que nous n'avons pas confiance en eux. La rhétorique de la concurrence, même à la Banque mondiale, s'applique très rarement dans bon nombre des aspects qui touchent le domaine des soins de santé. Je voulais simplement faire cette mise en garde.

Le sénateur Robertson: Monsieur Kelly, vous avez dit que vous aimeriez que l'on mette en place un genre d'entente contractuelle avec les médecins. Pourriez-vous nous expliquer ce que vous entendez par là, s'il vous plaît?

M. Kelly: Ceux qui régissent le système de soins de santé, comme les ministres de la Santé et les membres des commissions de services de santé dans les régions, connaissent très bien les priorités de la population en matière de besoins médicaux. Ils connaissent également très bien la répartition des médecins. Il me semble qu'il serait légitime de suggérer que les ressources en médecins soient dirigées là où l'on en a le plus besoin et que les décisions devraient être prises en fonction de ces besoins.

Pour le moment, les seuls qui prennent des décisions concernant l'endroit où les ressources en médecins de ville sont concentrées sont les médecins eux-mêmes. Leurs décisions ne coïncident pas nécessairement toujours avec les besoins des collectivités. C'est ce qui explique, selon moi, que les médecins sont mal répartis entre les milieux urbains et ruraux, dans bien des cas. C'est aussi pourquoi les médecins de premier recours sont mal répartis dans les zones urbaines. Il arrive fréquemment que les banlieusards de classe moyenne soient des collectivités très bien alimentées du point de vue médecin, et même suralimentées dans certains cas, tandis que les noyaux de grandes villes ou les communautés ethniques ne le sont pas. J'aimerais que ceux qui paient puissent établir des relations contractuelles avec ceux qui fournissent des services de manière à ce que nous puissions définir ce que nous voulons acheter et les services dont nous avons besoin. Nous voulons que ces services soient fournis en association avec d'autres services, c'est-à-dire que nous voulons que les médecins et les infirmières collaborent ensemble. Nous voulons voir les omnipraticiens travailler efficacement avec le système de soins à domicile par exemple. Nous voulons qu'un programme de traitement des diabétiques fonctionne à la fois dans le secteur des soins primaires et dans celui des soins de santé en établissement de façon bien intégrée, efficiente et efficace. La rémunération versée aux médecins qui participent à ces ententes sera généreuse. Ceux qui décideront de ne pas conclure de telles ententes auront la possibilité d'ouvrir des cliniques privées, s'ils le désirent.

Senator Robertson: Do you believe that one province could adopt this type of contractual relationship, this requirement before physicians entered the system, without damaging the ability of other provinces to recruit? Would one province with such contractual obligations have more difficulty in recruiting physicians unless the other provinces had similar regulations?

Mr. Kelly: I do not think so. My sense, in dealing with physicians over the better part of 15 years, was that many of them were dissatisfied with the current organizational and compensation arrangements. Not everything is wrong with fee for service, but many things are. Many physicians know that, and you have probably heard some evidence from the Canadian Medical Association that a substantial proportion of physicians are looking for alternate compensation arrangements. Many physicians would be delighted to work in association with nurse practitioners, to have a pharmacist as part of their practice or work in larger groups. There are many barriers to getting there. I believe the most significant one is the fact that newly licensed physicians can work wherever they are able to establish a practice. As long as that incentive is there and they are not being offered an alternative, we will have difficulty making progress.

I do not think that a move toward meaningful contractual relationships in the primary care area would cause physicians to shy away from a province. Much would depend upon the nature of the contract. Much would depend upon the compensation. I am not for a moment suggesting that this should be viewed in any way as a compensation reduction mechanism. It is not intended in that fashion.

In my own community, for example, the people who govern the system know well where the shortages are, what the needs are, and I suspect that they would not mind having the authority to begin to address them.

Senator Robertson: I do not disagree with you at all. Are you suggesting that this would help in moving from fee for service to a different model?

Mr. Kelly: Were the chief executive officer of a large British Columbia region to sit down with a group of physicians who were interested in entering into a contractual arrangement in the primary care area, they would not likely end up with an agreement in which fee for service was very heavily weighted. There would be some, but the physicians themselves, I suspect, would want a blended system that did not place the primary weight on fee for service. Those kinds of negotiations between regional CEOs and physicians do not occur because regional CEOs do not control the physician budget. I was pleased to see in your last report the suggestion that, at least in the long run, they should.

Le sénateur Robertson: Pensez-vous qu'une province pourrait adopter ce type de relation contractuelle, cette exigence préalable à l'entrée des médecins dans le système, sans nuire à la capacité des autres provinces de recruter? Est-ce qu'une province qui aurait mis en place de telles obligations contractuelles aurait davantage de difficulté à recruter des médecins à moins que les autres provinces n'aient adopté des règlements semblables?

M. Kelly: Je ne pense pas. Je fais affaire avec des médecins depuis pratiquement 15 ans, et j'ai constaté que nombre d'entre eux sont insatisfaits des ententes actuelles en matière d'organisation et de rémunération. Le système de rémunération à l'acte n'est pas entièrement mauvais, mais bien des aspects laissent à désirer. Beaucoup de médecins le savent, et vous avez probablement entendu l'Association médicale canadienne dire qu'une proportion importante de médecins sont à la recherche d'une formule de rémunération différente. Beaucoup de médecins seraient ravis de travailler en collaboration avec des infirmières praticiennes, de voir un pharmacien se joindre à leur pratique ou de travailler au sein d'équipes élargies. Mais de nombreux obstacles s'y opposent. Je pense que le principal obstacle est le fait que les médecins nouvellement autorisés peuvent travailler là où bon leur semble. Tant et aussi longtemps que ces mesures incitatives existeront et que l'on n'offrira pas de solution de rechange, il sera difficile de faire des progrès.

Je ne pense pas que si une province décidait d'aller de l'avant avec la conclusion de relations contractuelles significatives dans le domaine des soins primaires que cette décision éloignerait les médecins. À mon avis, la réaction des médecins dépendrait beaucoup de la nature du contrat et aussi de la rémunération en cause. Loin de moi l'intention de suggérer que cette option soit vue comme un moyen de mettre en place un mécanisme de réduction de la rémunération. Ce n'est pas du tout le but visé.

Dans ma propre ville, par exemple, les administrateurs du système savent très bien où sont les pénuries, quels sont les besoins et je soupçonne qu'ils ne seraient pas fâchés de voir les autorités commencer à s'y attaquer.

Le sénateur Robertson: Je ne suis pas contre. Est-ce que vous suggèrez que cela faciliterait le passage de la formule de rémunération à l'acte à un modèle de rémunération différent?

M. Kelly: Si le président directeur général d'une grande région de la Colombie-Britannique voulait s'asseoir avec un groupe de médecins qui se montreraient intéressés à conclure une entente contractuelle dans le domaine des soins primaires, je pense qu'il y aurait peu de chances pour qu'ils arrivent à une entente dans laquelle la rémunération à l'acte occuperait une large part. Il y en aurait sans doute un peu, mais je pense que les médecins eux-mêmes préféreraient que l'on instaure un système hybride qui ne donnerait pas la première place à la formule de rémunération à l'acte. Ce genre de négociation entre les PDG des régions et les médecins n'a pas lieu parce que les PDG n'ont tout simplement aucun mot à dire en ce qui concerne le budget accordé aux médecins. J'ai vu avec plaisir dans votre dernier rapport que vous suggériez, du moins à long terme, qu'ils devraient avoir voix au chapitre.

Mr. Robinson: Senator Cook asked two specific questions about public governance. The short answer is in our first brief to the committee, pages 38 through 40, in the committee's records. It gets back to your governing principle of separating the various roles that government — insurer, provider and quality evaluator — now plays. We have seen some examples of where it has worked. Governments have a responsibility to see that certain services are delivered. That does not necessarily mean that they must deliver those services themselves to live up to that responsibility.

We have seen at the federal level, in the context of the national airports policy, the transfer of airport authorities, for example, to local control, to be run as not-for-profit, private corporations and as a public trust. Similarly, hospitals are incorporated in this province under the Ontario Business Corporations Act, but they are run as a public trust by a community board of directors. I am saying that is a trend that will continue.

I also wanted to point out something, so as not to leave you with a mistaken impression, in regard to my comment about not focusing on cost containment as your primary objective in restructuring health care. There were successes in regionalization across the country, except for Ontario, which did not undertake it, but as Dr. Keon and others note, they have done things with Cancer Care Ontario, the cardiac care network, and have regionalized their service delivery to a degree. However, the failure, to a certain degree, of regionalization in nine other provinces was because they focused on cost containment, not bettering the health outcomes in certain identifiable metropolitan regions. If you focus on cost containment solely, you will shift from public to private, or to out of pocket, as I believe everyone on this panel would agree.

To pick up on Mr. Kelly's point about contractual arrangements, we are starting to see that trickle-down effect in British Columbia, where they restructured 51 health authorities into six super health authorities. The CEOs are now on performance-based contracts to some extent, so we are starting to define that accountability for the outcomes for which they are responsible. I hope that is a succinct answer to both your questions.

We should not be left with the mistaken impression that it is just small communities that are dealing with this centres-of-excellence approach. Harkening back to Senator Keon's challenge in his other life, trying to mitigate a conflict with respect to a metropolitan region of 1 million people, based on the evidence, Ottawa may not be able to support a pediatric cardiac surgery unit.

M. Robinson: Le sénateur Cook a posé deux questions précises au sujet de l'exercice du pouvoir public. La réponse brève figure dans notre premier mémoire au comité, aux pages 38 à 40, dans les comptes rendus du comité. Elle revient sur le principe général qui consiste à séparer les divers rôles — assureur, fournisseur et contrôleur de la qualité — que le gouvernement assume actuellement. Nous avons vu des exemples où cela a fonctionné. Les gouvernements ont la responsabilité de voir à ce que certains services soient offerts. Cela ne signifie pas nécessairement qu'ils doivent les offrir eux-mêmes pour s'acquitter de cette responsabilité.

Nous avons vu à l'échelle fédérale, dans le contexte de la politique nationale des aéroports, le transfert des autorités aéroportuaires, par exemple, à une administration locale, à des sociétés privées sans but lucratif et agissant comme monopole public. De la même manière, des hôpitaux sont constitués en sociétés dans cette province en vertu de la Loi sur les sociétés par actions de l'Ontario, mais ils sont néanmoins administrés comme une fondation par un conseil d'administration. Je pense que c'est une tendance qui va se poursuivre.

Je tiens également à souligner, afin de ne pas vous laisser sur une mauvaise impression en ce qui concerne mon commentaire comme quoi le premier objectif en matière de restructuration des soins de santé ne doit pas consister à se concentrer sur la compression des coûts soins de santé. La régionalisation a quand même donné de bons résultats dans tout le pays, sauf en Ontario, qui a décidé de ne pas l'entreprendre. Mais comme le Dr Keon et d'autres l'ont fait remarquer, il y a eu d'autres réussites notamment avec Action Cancer Ontario, le réseau de soins cardiaques de l'Ontario, qui a régionalisé la prestation des services jusqu'à un certain point. Toutefois, l'échec relatif de la régionalisation dans neuf autres provinces s'explique par le fait que l'on s'est trop concentré sur la restriction des coûts au détriment de l'amélioration des résultats pour la santé dans certaines régions métropolitaines identifiables. Si l'on se concentre uniquement sur la réduction des coûts, on risque de passer du financement public au privé ou alors au remboursement des frais par les utilisateurs, et je pense que les membres du comité sont d'accord avec moi.

Pour revenir sur la remarque de M. Kelly au sujet des ententes contractuelles, nous commençons à voir l'effet de ruissellement en Colombie-Britannique où l'on a regroupé 51 autorités en matière de santé pour créer six super autorités en la matière. Les présidents directeurs généraux administrent désormais des contrats fondés sur la performance dans une certaine mesure, donc nous commençons à définir la reddition de comptes relativement aux résultats dont ils sont responsables. J'espère que c'est une réponse succincte à vos deux questions.

Nous ne devrions pas rester sur la fausse impression que c'est seulement dans les petites collectivités que l'on a adopté l'approche des centres d'excellence. Si on revient sur l'expérience vécue par le sénateur Keon dans une vie antérieure, alors qu'il s'efforçait de régler un conflit dans une région métropolitaine de 1 million d'habitants, Ottawa a dû se rendre à l'évidence qu'elle n'était pas en mesure de faire vivre une unité de chirurgie cardiaque infantile.

That centres-of-excellence approach is not just in small communities, although the issue is much more acute there, but is also in large metropolitan regions. The irony here is that principle no. 11 is not just to facilitate primary care reform so that the method of compensating GPs can be changed to an alternate, blended payment plan, but is also an issue of access in rural communities. If you are a kidney specialist in Ottawa, there may be an opportunity to move to Cornwall to serve an under-served population, but in a fee-for-service environment, it may take you a while to build your practice, unless there are massive waiting lists. That is an income hit for you and your family, whereas an alternate payment plan may provide better incentives for physicians or other allied health professionals to move to where they are needed. I take your concern to heart, and it is acute in rural communities, but big cities are not immune. Even with all our resources and wealth, the same kinds of concentration issues arise, which makes sense from an evidenced-based point of view.

Senator Cook: I know that the system must be reformed. I also feel that we are paralyzed by the thought of change, and there has to be a way out. It is not only the client or the patient. Let me put a human face on it. Last week, on the front page of my paper, there was a young emergency room doctor holding a two-year-old. He said, "This is not about money. This is about quality of life. I will not work the emergency room hours any more." I thought, what is coming next? Three days later, I read in the same paper that in a catchment area of a couple of hundred thousand people, there was only one emergency room now open at night. Is that quality? Is it evidence based? Is it economics? That is why I search for the answer in the accountability factor and what is needed from an economic perspective.

Mr. Kelly: That is a very tricky issue. Is it a matter of lack of funding, that is, is there simply not enough money to pay the institutional costs, to pay the nurses and the support staff? Is it the reluctance of providers to work particular hours? Is it a desire to trade income for leisure, or lifestyle issues? Clearly, we need evidence before we make decisions in this area. I see some evidence that, in terms of the numbers in many physician groups, we are encountering problems, and we will have bigger ones down the road. I see evidence in other physician groups that there has not been much of deterioration in physician-population ratios. In fact, there has been some improvement.

L'approche des centres d'excellence ne vise pas uniquement les petites collectivités, même si cette question semble plus aiguë à cette échelle, mais elle touche également les grandes régions métropolitaines. L'ironie dans cette histoire est que le principe n° 11 ne vise pas seulement à faciliter la réforme des soins primaires afin que l'on puisse remplacer la méthode de rémunération des omnipraticiens par un régime mixte, mais il vise également à régler le problème de l'accessibilité dans les collectivités rurales. Si vous êtes un spécialiste des maladies du rein à Ottawa et que vous envisagez de déménager à Cornwall pour ouvrir un bureau dans une région qui manque de médecins spécialistes mais où l'on utilise le système de rémunération à l'acte, il vous faudra probablement un certain temps avant de monter une pratique, à moins qu'il n'y ait déjà de très longues files d'attente. Cette situation pourrait avoir des répercussions financières pour vous et votre famille, alors qu'un autre mode de rémunération pourrait offrir de meilleures conditions aux médecins et autres paramédicaux et les encourager à déménager dans les endroits où l'on a besoin d'eux. Je comprends votre préoccupation, et elle est particulièrement aiguë dans les collectivités rurales, mais les grandes villes ne sont pas à l'abri pour autant. Même avec toutes nos ressources et notre richesse, le même genre de problème de concentration survient, ce qui n'est pas surprenant si on se base seulement sur les résultats.

Le sénateur Cook: Je sais que le système a besoin d'être réformé. Je pense aussi que nous sommes paralysés par l'idée du changement et qu'il faut trouver un moyen de s'en sortir. Il ne faut pas seulement penser aux clients ou aux patients. Je vais vous donner un exemple concret. La semaine dernière, en première page de mon quotidien, on voyait la photo d'un jeune médecin de salle d'urgence tenant dans ses bras un enfant de deux ans. Il disait: «Ce n'est pas une question d'argent. C'est une question de qualité de vie. Je ne veux plus travailler en salle d'urgence.» Je me suis dit, qu'est-ce qui arrivera ensuite? Trois jours plus tard, j'ai lu dans le même journal que dans une zone desservie d'environ 200 personnes, il n'y avait qu'une seule salle d'urgence ouverte la nuit. Est-ce cela qu'on entend par qualité? Est-ce cela que l'on appelle gérer en fonction des résultats? Est-ce que le problème dépend des aspects économiques? Voilà pourquoi j'essaie de trouver la réponse dans le facteur de la responsabilisation et de déterminer ce qu'il faut de mettre en place dans une perspective économique.

M. Kelly: C'est une question très épineuse. Est-ce que la situation s'explique par un simple manque de financement, c'est-à-dire est-ce que c'est tout simplement parce qu'il n'y a pas suffisamment d'argent pour absorber les coûts institutionnels, pour payer les infirmières et le personnel de soutien? Est-ce que la situation s'explique par la réticence des fournisseurs à travailler à certaines heures particulières? Est-ce que cette réaction traduit le désir de remplacer le confort matériel par les loisirs ou est-ce une simple question de style de vie? De toute évidence, nous devons recueillir des données avant de pouvoir prendre des décisions dans ce domaine. Je vois des signes avant-coureurs de problèmes au chapitre du nombre de médecins dans certaines spécialités, nous avons déjà des problèmes et nous risquons d'en avoir de plus

As I tried to suggest a moment ago in response to Senator Robertson, from my point of view, while supply is important, distribution is also important, and so is what I call the "production function," the way in which physicians, nurses and others work together. There is some evidence in British Columbia that the number of days that physicians are working is decreasing over time. That is true whether those physicians are male or female, generalists or specialists. Typically, physicians in British Columbia seem, at least when one looks at claims files, to be billing about 10 to 12 days a year less than they did 10 years ago. I think that is worthy of some investigation, if in fact there is a belief that we have shortages. Why are people working less when you would expect them to be working more?

I think the question needs to be addressed on the basis of evidence, not the preconceived biases of anyone, including former deputy ministers.

Mr. Evans: If I heard you correctly, you said there was a catchment area of 200,000 people with one emergency room.

Senator Cook: Open at night.

Mr. Evans: The average supply of all kinds of physicians Canada wide — not all of them necessarily useful in emergency rooms — is about two per thousand population, so if you had equal distribution, which of course you do not, then there would be 400 physicians serving those 200,000 people. In other words, I think that quick calculation reinforces David Kelly's point. This is not an issue of overall supply; this has a lot to do with who is doing what and where.

Senator Cordy: You touched briefly, in responding to Senator Robertson and Senator Morin's questions earlier, on funding given to the provinces for health care. Currently, federal funding for health care is transferred to the provinces and territories. You each made reference earlier to how the federal government could get involved directly in things like centres of excellence or research, which would be federal responsibilities. The reality is that most of the money that comes from the federal government is in fact spent by the provinces.

A number of witnesses who appeared before us talked about accountability, or lack of it, for these funds. In fact, we heard some people say that they are not sure that the money is in fact spent on health care. In the fall of 2000, the federal government gave the provinces large amounts of money to be used for equipment. We heard of one hospital that actually bought lawn mowers. Technically speaking, one could say that was equipment.

grands encore à la longue. Je vois aussi que dans d'autres groupes, le rapport entre le nombre de médecins et la population ne s'est pas beaucoup détérioré. De fait, il y a eu un peu d'amélioration.

Comme j'essayais de le suggérer tout à l'heure dans ma réponse au sénateur Robertson, à mon avis, même si l'offre est importante, la répartition joue aussi ainsi que ce que j'appelle la «fonction de production», c'est-à-dire la manière dont médecins, infirmières et autres personnes travaillent ensemble. On dispose de renseignements comme quoi le nombre de jours pendant lesquels les médecins travaillent diminue avec le temps en Colombie-Britannique. Cette information se vérifie qu'il s'agisse de médecins hommes ou femmes, de généralistes ou de spécialistes. Ça n'a rien d'étonnant, mais il semble que les médecins de la Colombie-Britannique, du moins si l'on regarde les dossiers de réclamations, facturent entre 10 à 12 jours de moins par année qu'ils ne le faisaient il y a 10 ans. Je pense que cette question mérite que l'on s'y attarde, afin de vérifier si vraiment il y a des pénuries. Pourquoi est-ce que les gens travaillent moins alors que l'on s'attendrait au contraire?

Je pense que cette question doit être examinée à partir des faits et non à partir d'idées reçues, y compris celles prônées par d'anciens sous-ministres.

M. Evans: Si j'ai bien compris, vous avez dit que dans une zone desservie de 200 000 habitants, il n'y avait qu'une seule salle d'urgence.

Le sénateur Cook: Une seule salle ouverte la nuit.

M. Evans: L'offre moyenne de médecins de toutes les spécialités à l'échelle du Canada, et tous ne sont pas nécessairement utiles dans une salle d'urgence — est d'environ deux par mille de population, donc si la répartition était égale, ce qui bien sûr n'a rien avoir avec la réalité, dans ce cas l'on aurait 400 médecins pour desservir 200 000 personnes. Autrement dit, je pense qu'un calcul rapide vient apporter de l'eau au moulin de David Kelly. Le problème n'a rien à voir avec l'offre globale; il touche plutôt la répartition des ressources.

Le sénateur Cordy: Vous avez abordé rapidement, en répondant aux questions du sénateur Robertson et du sénateur Morin tout à l'heure, le financement accordé aux provinces en matière de soins de santé. À l'heure actuelle, le financement du gouvernement fédéral au titre des soins de santé est transféré aux provinces et territoires. Vous avez fait allusion un peu plus tôt à la manière dont le gouvernement fédéral pourrait procéder pour participer directement à certains aspects du processus comme les centres d'excellence ou la recherche, qui seraient de responsabilité fédérale. En réalité, la majeure partie de l'argent qui provient du gouvernement fédéral est en fait dépensée par les provinces.

Un certain nombre de témoins nous ont parlé de la reddition de comptes ou alors de l'absence de reddition de comptes en ce qui concerne ces sommes. De fait, nous avons entendu certaines personnes dire qu'elles n'étaient pas convaincues que l'argent avait bien été dépensé en soins de santé. À l'automne 2000, le gouvernement fédéral a accordé aux provinces d'énormes sommes d'argent qui devaient étre utilisées pour faire l'achat de matériel.

but I do not think that was what the federal government had in mind when they gave the money. Certainly, as a taxpayer, that is not what I would classify as medical equipment.

Is there a way to make the provinces accountable for the money? Do we just say, "Here is block funding, and it is yours to spend as you wish?" Or should the funding transfers be designated? Should there be conditions attached to federal funding that goes to provinces? In other words, is there a way to get accountability?

Mr. Robinson: You mentioned the 2000 agreement between all first ministers. In that agreement, the provinces agreed to report this fall to the Prime Minister, to the federal government and to their own jurisdictions on what they did with that money. That is the first chance to see if they will meet that reporting deadline. I agree with former finance minister Martin, and I am sure the new finance minister will echo this, that there should be no increases in CHST funding until the provinces account for the increased allotment that they received in that 2000 landmark agreement. I know the Auditor General will be very interested in seeing that degree of accountability.

Dealing with the question of system-wide accountability as we defined it on page 40 of our report, we mention three components, with the first being consistent system monitoring and reporting on all aspects of the health care system, including funding, resources, waiting lists and health outcomes. We have seen a third iteration of the CIHI report, which is a big step in the right direction. We are all using the same data now and comparing apples to apples. We mentioned this to CIHI. They still do not have the legislative tool or hammer — because it is joint federal-provincial — to mandate consistent data reporting from the deliverers of health care, that being the provinces, as Statistics Canada had under the Statistics Canada Act, to gather that information more quickly.

We delivered over 100 Access to Information requests, an average of about 10 per province. "Could you give us access to waiting lists? How many out-of-province surgeries are you doing with respect to your WCB patients, with respect to your cancer care networks, et cetera?" For the most part, the provinces could not provide that data at all.

Nous avons entendu parler d'un hôpital entre autres qui aurait acheté des tondeuses à gazon. Techniquement parlant, on pourrait dire qu'il s'agit de matériel, mais je ne pense pas que c'est ce que le gouvernement fédéral avait en tête lorsqu'il a versé les crédits. Il est certain qu'en tant que contribuable, ce n'est pas exactement ce que je considère comme du matériel médical.

Y a-t-il un moyen de forcer les provinces à rendre des comptes pour ces sommes? Est-ce que nous nous contentons de dire: «Voici un financement global, dépensez-le comme bon vous semble.» Ou alors est-ce que les transferts de fonds devraient être désignés? Est-ce qu'il ne devrait pas y avoir des conditions rattachées au financement que le gouvernement fédéral accorde aux provinces? Autrement dit, existe-t-il un moyen d'obtenir une certaine reddition de comptes?

M. Robinson: Vous avez mentionné l'entente conclue en 2000 entre tous les premiers ministres des provinces. Dans le cadre de cette entente, les provinces acceptaient de présenter un rapport cet automne au premier ministre, au gouvernement fédéral et à leurs propres autorités compétentes sur ce qu'ils avaient fait de l'argent. Ce sera la première occasion qui nous sera donnée de voir s'ils respecteront l'échéancier pour produire leur rapport. Je suis d'accord avec l'ancien ministre des Finances Martin et je suis sûr que le nouveau ministre des Finances sera d'accord lui aussi qu'il ne devrait pas y avoir d'augmentation du financement au titre du TCSPS tant que les provinces n'auront pas rendu de comptes pour les affectations additionnelles qu'elles ont reçues dans le cadre de cette entente jalon de l'an 2000. Je sais que le vérificateur général se montrera très intéressé à évaluer l'ampleur de cette reddition de comptes.

Pour ce qui est de la question de la reddition de comptes à l'échelle du système, à la page 40 de notre rapport nous mentionnons trois éléments, le premier étant une surveillance continue du système et la production de rapports sur tous les aspects du système de soins de santé, y compris le financement, les ressources, les listes d'attente et les résultats pour la santé. Nous avons vu une troisième édition du rapport de l'ICIS, ce qui représente un grand pas dans la bonne direction. Désormais, nous utilisons tous les mêmes données et nous comparons des pommes avec des pommes. Nous avons mentionné ceci à l'ICIS. Les responsables disent qu'ils ne disposent toujours pas d'un mécanisme législatif — parce qu'il s'agit d'un mandat fédéral-provincial — leur permettant d'exiger de la part des fournisseurs de soins de santé, c'est-à-dire les provinces, des données uniformes dans le cadre des rapports qu'elles produisent, comme Statistique Canada a pu le faire en vertu de la Loi sur la statistique, afin de recueillir ces renseignements plus rapidement.

Nous avons produit plus de 100 demandes d'accès à l'information, soit en moyenne 10 demandes par province. «Pourriez-vous nous donner accès à vos listes d'attente? Combien de chirurgies hors province est-ce que vous faites pour des patients qui relèvent de la CSPAAAT, pour ceux qui relèvent de vos réseaux de soins aux personnes atteintes de cancers, et cetera?» La plupart des provinces n'étaient pas en mesure de nous fournir ces données.

You cannot manage what you cannot measure. That is the second point.

That accountability, as I point out in my introductory remarks, will come with a cost. It gets back to some of the issues you have talked about with respect to health information technology.

The third component of accountability, and it goes hand in hand with our principle of public governance, is that it must come with corrective measures when deficiencies are found. We can take some encouragement, if retribution is required, from the fact that Ottawa and the provinces seem to be working toward some kind of dispute resolution mechanism with respect to the interpretation of the Canada Health Act.

Senator Cordy: By "retribution," you refer to decreased funding for following years?

Mr. Robinson: I mean retribution in terms of government-to-government relationships, whether there is a clawback of funding in the previous year, or the feds are found to be in error. Right now, Ottawa still acts as judge, jury and executioner with respect to alleged Canada Health Act violations.

Retribution must also connect with your last three recommendations, about the focus on the patient. There is no sense in arguing, or listening to other people argue, about patients' charters and patients' bills of rights. It was a farce, in that in the last provincial election in this province, Mr. Harris and Mr. McGuinty were competing on who would keep new mothers after normal vaginal delivery longer. "My new mothers will stay 15 minutes longer in the hospital than yours will." If that is violated, is there any opportunity for the patient, who has certain rights under the charter, to take the government to court?

There was another facile promise that you would be seen by a triage nurse within 22 minutes or something in a metropolitan hospital. If a bus crashes outside the hospital and you are there with a sprained ankle, you will not be seen in 22 minutes.

Therefore, those retribution measures must be real and not based on these political documents like patients' charters that may have no force or effect.

Ms Deber: You have arrived at a key point. The trouble is that there is an inherent conflict of interest for provincial governments because they can push costs onto someone else. They can give a tax cut; they can do other things; they can run an advertising campaign.

Il est impossible d'administrer ce que l'on ne peut pas mesurer. Voici mon deuxième point.

Comme je le dis dans mes remarques préliminaires, il y aura un coût rattaché à la reddition de comptes. Cela nous ramène à certains des problèmes que j'ai mentionnés en ce qui concerne la technologie de l'information liée à la santé.

Le troisième élément de la reddition de comptes, et il va de concert avec le principe de l'exercice du pouvoir public, est qu'il doit être assorti de mesures correctives lorsque des lacunes sont décelées. Nous pouvons tirer quelque encouragement du fait que, s'il est nécessaire d'avoir recours à des sanctions, Ottawa et les provinces semblent vouloir adopter une certaine forme de règlement des différends en ce qui concerne l'interprétation de la Loi canadienne sur la santé.

Le sénateur Cordy: Par «sanction», voulez-vous faire allusion à une diminution du financement pour les années subséquentes?

M. Robinson: Je veux dire une sanction en termes de relations de gouvernement à gouvernement, qu'il s'agisse d'une récupération fiscale du financement accordé l'année précédente ou alors si on découvre que l'administration fédérale a commis une erreur. À l'heure actuelle, Ottawa est toujours à la fois juge, jury et bourreau pour ce qui est des soi-disant abus au titre de la Loi canadienne sur la santé.

Les sanctions doivent également avoir un rapport avec vos trois dernières recommandations qui prônent la focalisation sur le patient. Il est ridicule d'amorcer des discussions ou d'écouter d'autres personnes se disputer au sujet des chartes des droits des patients. C'est vraiment une farce, parce que lors de la dernière élection provinciale, M. Harris et M. McGuinty se relançaient pour affirmer à tour de rôle qu'ils allaient garder les nouvelles mères ayant accouché par voie vaginale plus longtemps à l'hôpital. «Avec mon programme, les nouvelles mères vont rester 15 minutes plus longtemps à l'hôpital qu'avec le vôtre.» Si cette condition est violée, est-ce que le patient aura une possibilité quelconque de faire valoir ses droits en vertu de la charte, est-ce qu'il pourra poursuivre le gouvernement?

Nous avons entendu une autre promesse facile comme quoi on serait vu par une infirmière de triage dans les 22 minutes suivant notre arrivée dans un hôpital métropolitain. Mais si un autobus a un accident juste devant l'hôpital et que vous êtes là avec votre entorse, je ne pense pas que l'on vous verra dans 22 minutes.

Par conséquent, ces mesures punitives doivent être réelles et non pas fondées sur des documents politiques comme la charte des droits des patients qui n'ont aucune force ou autorité réelle.

Mme Deber: Vous faites valoir un point essentiel. Le problème est qu'il existe un conflit d'intérêt inhérent pour les administrations provinciales parce qu'elles peuvent tout simplement se décharger de leurs coûts sur quelqu'un d'autre. Elles peuvent accorder une réduction d'impôt; elles peuvent faire d'autres choses, elles peuvent mener une campagne de publicité.

I am from Ontario. Every time an issue arises, rather than resolve it the government runs an advertising campaign talking about how they have resolved it. Of course, all the money has gone into the campaign and none to the resolution.

It is upsetting, because what has been happening is that federal money going to Ontario is used to offset provincial spending, not to augment it. Ontario has done that with education, child benefits, health, you name it. You give money to Ontario and heaven knows what will happen. Ontario plays a lot of games with the numbers. The Ontario Auditor General has taken them to task for the way they handle the health contributions. There is a blistering attack on how Ontario reports the health contributions, what they have done with the numbers. I do not even know whether the spending is real. Things are reclassified, moved in and out. Multi-year funding is treated as single-year funding for some purposes, and as multi-year funding for others. Twenty thousand nursing home beds are supposed to be built. They are booked as nursing home expenditures when they are announced, even though they are not open and running. I do not know how much of an issue that is, but I agree with you that it is a big problem.

The trouble with accountability is that one cannot really know what is happening in a clinical encounter. These are what political scientists call "street-level bureaucrats." A home care nurse visits a house and no one will know precisely what she does. They know what is filled out on a form, but they do not know what is actually being done. When push comes to shove, in the final analysis, there must be a lot of trust. Rebuilding this trust will be a big task. There is so much angst and change fatigue and anger in the system now that that would be a high priority.

There are federal conditions in the Canada Health Act. Despite all the attacks on the Canada Health Act, there is nothing in it that impairs flexibility except the prohibitions against user charges to insured persons for insured hospital and doctor services and refusing to insure people with high needs.

Is it complete? Are there things missing from the act? Are there many things that you need to do something about that the Canada Health Act does not cover? Yes. However, I have not yet heard of anything that the Canada Health Act stops you from doing except charging user fees to insured persons for insured services given in hospitals and by doctors, and that is the point of the exercise.

Je vis en Ontario. Chaque fois qu'un problème survient, plutôt que de le résoudre, le gouvernement lance une grande campagne de publicité pour expliquer comment il a réglé le problème. Bien entendu, tout l'argent passe dans la campagne et il ne reste rien pour corriger la situation.

C'est vraiment désolant, parce qu'en réalité, l'argent du fédéral est utilisé par l'Ontario pour éponger ses dépenses plutôt que pour augmenter les sommes à dépenser. L'Ontario a procédé de cette façon avec l'éducation, les prestations fiscales pour enfants, la santé, et ainsi de suite. Vous donnez de l'argent à l'Ontario et Dieu sait ce qui va arriver ensuite. La province de l'Ontario manipule les chiffres. Le vérificateur général de l'Ontario a pris les responsables de la province à partie et leur a demandé comment ils procédaient avec les contributions au titre de la santé. Le vérificateur a mené une attaque virulente contre la façon dont l'Ontario produit ses rapports sur les contributions en matière de santé, il lui reproche de manipuler les chiffres. Je ne sais même pas si ces dépenses sont réelles. Les postes budgétaires sont reclassés, inscrits puis retirés. Le financement pluriannuel est parfois traité comme un financement pour une année à certains égards et comme un financement pluriannuel à d'autres égards. Nous sommes censés avoir construit 20 000 lits de soins infirmiers. Ces lits sont comptabilisés comme des dépenses pour les établissements de soins infirmiers lorsqu'ils sont annoncés, même s'ils n'ont pas encore été ouverts et s'ils ne sont pas utilisés. Je ne connais pas l'ampleur de cette question, mais je suis d'accord avec vous que c'est un énorme problème.

L'ennui avec la reddition de comptes c'est qu'elle ne permet pas vraiment de savoir ce qui se passe durant une rencontre en clinique. C'est ce que les politologues appellent les «bureaucrates de la rue». Lorsqu'une infirmière de soins à domicile rend visite à un patient chez lui, personne ne sait avec précision ce qu'elle y fait. On peut prendre connaissance de ce qu'il y a d'écrit sur le formulaire qu'elle a rempli, mais on n'a aucun moyen de vérifier ce qu'elle a posé comme geste. Si on pousse les choses un peu plus loin, en dernière analyse, on se rend compte qu'il faut beaucoup de confiance. Reconstruire cette confiance sera une tâche très lourde. Il y a tellement d'anxiété et d'épuisement face aux changements et de colère accumulée dans le système à l'heure actuelle que rétablir cette confiance serait une priorité importante.

La Loi canadienne sur la santé impose des conditions à l'administration fédérale. Malgré toutes les attaques qu'on lui fait subir, il n'y a rien dans la Loi canadienne sur la santé qui nuise à la flexibilité, sauf peut-être l'interdiction d'imposer des frais d'utilisation aux personnes assurées, dans les hôpitaux assurés et pour les services offerts par les médecins; il est également interdit de refuser d'assurer des personnes ayant des besoins sérieux.

La loi est-elle complète? Comporte-t-elle des lacunes? Est-ce que l'on connaît de nombreux aspects qui pourraient être améliorés, mais qui ne sont pas couverts dans la Loi canadienne sur la santé? Oui. Toutefois, je n'ai jamais entendu dire que cette loi vous empêchait de faire quoi que ce soit, sauf imposer des frais d'utilisation à des personnes assurées pour des services dispensés dans les hôpitaux et par des médecins, et c'est le but de l'exercice.

My colleagues and I have been doing a lot of work on health care. We have found that despite all the determinants-of-health rhetoric, despite all the closer-to-home rhetoric, despite all the things-should-be-done-in-the-community-and-transferred-to-the-community rhetoric, the only parts of the system that have been preserved across the country — and there are provinces that have done a great job — are the things that the Canada Health Act has put a line in the sand around and said, “You cannot touch it.”

I suggest that the Canada Health Act principles are just fine. I have heard of no examples of where they have been a problem. They are inadequate for other things. If you move people home, you do so outside of the Canada Health Act, which is what the Canadian Medical Association long ago called “passive privatization.” Those things are problems and there may be a need for companion legislation, but the only parts of the system that have been immune to the sort of erosion that we have seen in other places are those that the Canada Health Act preserves.

In general, it has done a good job of doing what it was supposed to do, but it preserves the system as it was in 1957, and that is clearly not adequate for 2002.

The Chairman: I have to take issue with your logic. I believe you made an assumption and stated a conclusion that was not related to it. I would agree with the observation that the Canada Health Act does prevent extra billing. It does prevent charging for services that are insurable under medicare.

Having said that, that says absolutely nothing, to my mind, about whether or not the principles of the Canada Health Act are any good, but you jumped to saying that. You concluded from your two statements that therefore, the principles are okay. First, there is no agreement on what constitutes “medically necessary.” Try asking people in Quebec whether or not portability really exists. Accessibility depends on many factors. Therefore, I for one happen to think that the principles of the Canada Health Act, while terrific on paper, in fact are more honoured in the breach than anything else. You said that to make it effective, you must be very specific about what is not allowed. However, that is not a principle statement; that is much more detailed.

Mr. Robinson: For the record, I refer honourable senators to volume 1 of your research. Claude Castonguay reported to you that the Canada Health Act was seen as an impediment to Quebec's innovative approach to drug costs. In other forums I have appeared before in New Brunswick, the Canada Health Act is seen as an impediment to the unique extramural hospital

Mes collègues et moi-même avons déployé beaucoup d'efforts pour étudier les soins de santé. Nous avons trouvé que malgré tous les grands discours relatifs aux déterminants de la santé, à l'importance de se rapprocher du domicile, à l'importance de faire les choses dans la collectivité et de les transférer à la collectivité, les seules parties du système qui ont été préservées dans tout le pays — et les provinces ont fait un excellent travail à cet égard — sont celles que les dispositions de la Loi canadienne sur la santé avaient protégées et qui spécifiaient: «Ces aspects ne sont pas négociables.»

À mon avis, les principes contenus dans la Loi canadienne sur la santé sont excellents. Je n'ai jamais entendu qui que ce soit dire que ces principes étaient mauvais. Mais il se peut qu'ils ne conviennent pas pour d'autres aspects. Si vous renvoyez des personnes chez elles, vous le faites en dehors de ce qui est couvert par la Loi canadienne sur la santé, et c'est ce que l'Association médicale canadienne appelle depuis longtemps la «privatisation passive.» Ces aspects sont des problèmes et il se peut que l'on doive adopter une loi correspondante, mais les seules parties du système qui ont échappé à cette sorte d'érosion que nous avons constatée ailleurs sont celles qui ont été préservées par la Loi canadienne sur la santé.

En règle générale, elle a joué le rôle qu'elle était censée jouer, mais elle a maintenu le système dans la forme où il était en 1957 et, de toute évidence, cela ne convient pas pour 2002.

Le président: Je ne suis pas votre logique. Je pense que vous êtes partie d'une hypothèse et que vous en êtes arrivée à une conclusion sans aucun rapport. J'appuierais votre observation comme quoi la Loi canadienne sur la santé empêche la surfacturation. Elle empêche effectivement d'imputer des frais pour des services qui sont assurables en vertu du régime de soins de santé.

Malgré tout, cela ne prouve pas du tout, selon moi, que les principes contenus dans la Loi canadienne sur la santé sont valables, mais vous êtes arrivée à cette conclusion je ne sais trop comment. Vous avez conclu à partir de vos deux énoncés, que finalement les principes étaient justes. Premièrement, on ne s'entend pas sur ce qui constitue exactement un acte «médicalement nécessaire». Essayez de demander à des gens du Québec si la transférabilité existe véritablement. L'accessibilité dépend de nombreux facteurs. Par conséquent, pour ma part je pense que les principes contenus dans la Loi canadienne sur la santé, même s'ils sont extraordinaires sur papier sont, en réalité, beaucoup plus souvent transgressés qu'autre chose. Vous avez dit que pour la rendre efficace, il faudrait qu'elle décrive avec beaucoup de précision ce qui n'est pas permis. Toutefois, il ne s'agit pas d'une déclaration de principe, c'est beaucoup plus détaillé.

M. Robinson: Pour le compte rendu, je mentionne aux honorables sénateurs le volume 1 de notre recherche. Claude Castonguay vous a déclaré que le Québec considérait la Loi canadienne sur la santé comme un obstacle à son approche innovatrice en matière de médicaments. Dans d'autres forums où j'ai comparu auparavant, la Loi canadienne sur la santé est

approach that the New Brunswick government has taken, which falls definitely within the spirit of the act, but not within the letter of what it prescribes.

I want to put those facts on the table in opposition to Professor Deber's assertion.

Ms Deber: I do not see how the Canada Health Act is an impediment, because it only specifies that drugs have to be paid for if administered in the hospital. Similarly, it depends how you define "extramural hospital." If you move people out of the hospital into their homes, you will not have to pay for nursing; you do not have to pay for devices or rehabilitation. How is it an impediment to drug control? The minute I move drugs out of the hospital, they are absolutely outside the boundaries of the Canada Health Act.

Senator Robertson: We established the extramural hospital under the New Brunswick Hospitals Act. It is seen as a hospital without walls. Therefore, patients in the extramural hospital receive all the benefits. There have been some adjustments over the years, but they should receive all the benefits that you get if you are surrounded by walls.

Senator Keon: I wish to return to the subject of human resource distribution and the example that was raised of one emergency physician for 200,000 people. This has been on the agenda forever, as we all know. There has never been a solution to it. Could you go from left to right and suggest a solution?

Mr. Evans: I thought you were on the left.

It is said that Stalin's hatchet man could do many things, mostly fatal, but was not able to solve the problem of doctor distribution in the Soviet Union. I do not have such powers, or any of the other features, I hope.

The best attempt was made in B.C. in the mid-1980s with the allocation of billing numbers. We all have the scars from that experience. It is interesting that the judge in that case is the same one who gave this quite extraordinary award to the doctors this spring in B.C. There is an ongoing historical connection there.

It may or may not work, but doing the sort of thing that Mr. Kelly has suggested would at least take us forward, namely, actually make it possible to change the remuneration patterns and access to the public system so as to make it conditional on where you settle. As long as we stay in the present mode, you will not solve anything.

Coming back to the idea of zombies, the same solutions continue to be brought forward over and over. They never work, but they are brought forward because it is important to be seen

considérée comme un obstacle à cette approche unique d'hôpital extra-mural que le gouvernement du Nouveau-Brunswick a adoptée et qui est absolument dans l'esprit de la loi, mais malheureusement pas dans la lettre.

Je tiens à apporter ces rectifications à ce que vient d'affirmer la professeure Deber.

Mme Deber: Je ne vois pas comment la Loi canadienne sur la santé pourrait constituer un obstacle parce qu'elle ne fait que préciser quels médicaments devront être payés s'ils sont administrés dans l'hôpital. De même, tout dépend de la façon dont vous définissez «hôpital extra-mural.» Si vous renvoyez les gens à l'extérieur de l'hôpital dans leur domicile, vous n'aurez pas à payer pour les soins infirmiers; vous n'aurez pas à payer non plus pour les appareils ou la rééducation. Comment cette loi peut-elle être un obstacle au contrôle des médicaments? À partir du moment où les médicaments sont administrés à l'extérieur de l'hôpital, ils sortent complètement des limites prévues par la Loi canadienne sur la santé.

Le sénateur Robertson: Nous avons mis sur pied l'hôpital extra-mural en vertu de la Loi sur les hôpitaux du Nouveau-Brunswick. C'est considéré comme un hôpital sans les murs. Par conséquent, les patients qui sont dans l'hôpital extra-mural peuvent bénéficier de tous les avantages. Il y a eu certains ajustements avec les années, mais ces patients sont censés recevoir tous les services que l'on obtient lorsque l'on est à l'intérieur des murs.

Le sénateur Keon: J'aimerais revenir sur la question de la répartition des ressources humaines et sur l'exemple qui nous a été donné d'un médecin de salle d'urgence pour 200 000 personnes. Ce sujet fait l'objet de sempiternelles discussions, nous le savons tous. Il n'y a jamais eu de solution à ce problème. Pourriez-vous, de gauche à droite, nous suggérer une solution?

M. Evans: Je croyais que c'était vous qui étiez à gauche.

On disait que l'homme de main de Staline pouvait faire beaucoup de choses, la plupart fatales, mais il n'a pas réussi à régler le problème de la répartition des médecins en Union soviétique. Je n'ai pas de tels pouvoirs, ni aucune des autres caractéristiques, j'espère.

La meilleure tentative qui a été faite en Colombie-Britannique, vers le milieu des années 80, avait rapport avec les numéros de facturation. Nous portons tous les séquelles de cette expérience. Il est intéressant de constater que le juge qui a rendu une décision dans cette affaire est le même que celui qui a accordé cette récompense tout à fait extraordinaire aux médecins de la Colombie-Britannique ce printemps. Il semble y avoir un lien historique permanent dans ce cas.

Il se peut que je me trompe, mais en faisant ce que vient de suggérer M. Kelly, on pourrait au moins avancer un peu, c'est-à-dire que peut-être on pourrait arriver à modifier le schéma de rémunération et l'accès au système public de manière à le rendre conditionnel à l'endroit où vous décidez de vous établir. Tant que nous restons dans le mode actuel, nous n'arriverons à rien.

Pour revenir à l'idée des zombies, les mêmes solutions continuent d'être mises de l'avant encore et encore. Elles ne fonctionnent jamais, mais on continue de les présenter parce qu'il

doing something. It is not terribly important to be successful, but it is important to be seen apparently addressing the problem. We get symbolic action. The Americans have a term, TSG, or tiny symbolic gestures, which are politically very important.

Mr. Robinson: Reduce the number of visits to the emergency room in the first place with a variety of preventive and other measures. I took issue with Professor Deber's assertions, but she was correct in pointing out that the Ontario government has spent \$275 million over seven years on advertising to say it had solved problems.

Mr. Kelly: Picking up on Senator Keon's question and Mr. Robinson's comment, the emergency room is not the front end of the system, but it is the part that is not allowed to turn to patients away. There is a degree of accountability in an emergency room that exists in few other places. You cannot say no. You can put people on gurneys in hallways, you can make them wait, but you cannot say no. There is no such accountability in the primary care system in this country. None. That is not a shot at physicians; that is a shot at the organization of the primary care system. That is where I would address the emergency room problem.

Senator Keon: There is the broader problem of manpower, of human resource distribution, though.

Mr. Kelly: If you dealt with the primary care problem effectively, you would have a much smaller demand on emergency rooms. That would begin to resolve the pressures, some of which are caused by manpower shortages.

I have always believed that we need to be risk averse in the training of physicians. I applaud the 25 per cent expansion of medical school enrolments announced over the last three years. I would suggest, though, that as those physicians begin to arrive on the market later this decade, if we have not dealt with the contracting problem, we will be hit with very significant cost increases and gain little return in benefits.

Senator Keon: How do you get physicians and nurses into Iqaluit?

Mr. Kelly: The same way we get teachers into Iqaluit.

The Chairman: I did not think you were being flippant.

Mr. Kelly: I was not. Most of you, perhaps all of you, are parents and know how the Canadian education system works. If we allowed teachers to teach whom they want, where they want,

est important que l'on soit vus comme en train de chercher une solution. Il n'est pas terriblement important de réussir, mais ce qui compte c'est d'avoir l'air de s'occuper du problème. Nous posons des gestes symboliques. Les Américains ont un terme pour ce genre de choses, ils appellent cela de petits gestes symboliques mais qui revêtent beaucoup d'importance sur le plan politique.

M. Robinson: Il faut réduire le nombre de visites dans les salles d'urgence pour commencer à l'aide d'un éventail de mesures de prévention et autres. Je me suis élevé contre les affirmations de la professeure Deber, mais elle avait raison de faire remarquer que le gouvernement de l'Ontario a dépensé 275 millions de dollars pendant sept ans pour mener des campagnes de publicité affirmant qu'il avait réglé les problèmes.

M. Kelly: Pour revenir à la question du sénateur Keon et au commentaire de M. Robinson, les salles d'urgence ne représentent pas le principal problème du système, mais elles correspondent à cette partie des soins pour lesquels il est impossible de refuser des patients. Il y a un certain degré de responsabilisation dans une salle d'urgence que l'on retrouve très peu ailleurs. Il est impossible de dire non. Vous pouvez mettre les gens sur des civières dans les couloirs, les forcer à attendre, mais vous ne pouvez pas refuser de les voir. Il n'existe pas de contrepartie du même ordre pour ce qui est de la responsabilisation dans le système de soins primaires de ce pays. Aucune contrepartie. Il ne s'agit pas de jeter le blâme sur les médecins; c'est plutôt à l'organisation du système de soins primaires qu'il faut s'en prendre. C'est par là que je commencerais pour régler le problème des salles d'urgence.

Le sénateur Keon: Par contre, il faut tenir compte du problème beaucoup plus vaste de la main-d'oeuvre, de la répartition des ressources humaines, aussi.

M. Kelly: Si on arrivait à régler le problème des soins primaires, il y aurait beaucoup moins de pression sur les salles d'urgence. On pourrait commencer à réduire la pression, et je pense que cette pression est en partie occasionnée par les pénuries de main-d'oeuvre.

J'ai toujours pensé qu'il fallait montrer beaucoup de prudence en ce qui concerne la formation des médecins. J'applaudis à l'annonce qui nous a été faite au cours des trois dernières années comme quoi il y aurait une augmentation de 25 p. 100 du nombre d'inscriptions dans les facultés de médecine. Je pense, toutefois, que lorsque ces médecins commenceront à arriver sur le marché du travail, plus tard au cours de la décennie, si nous n'avons pas réussi à régler le problème des contrats, nous devrons affronter des augmentations de coûts très importantes et nous obtiendrons très peu en retour.

Le sénateur Keon: Comment convaincre des médecins et des infirmières d'aller à Iqaluit?

M. Kelly: De la même manière que nous arrivons à convaincre des professeurs d'aller à Iqaluit.

Le président: Je ne pensais pas que vous alliez vous montrer si cavalier.

M. Kelly: Je ne voulais pas l'être. La plupart d'entre vous, peut-être chacun d'entre vous, êtes des parents et savez comment le système d'éducation canadien fonctionne. Si nous permettions

how they want, and the departments of education had to pay them anyway, we would not have a school system in Iqaluit or in large parts of New Brunswick, just as we have physician shortages in Iqaluit and in large parts of New Brunswick. That is the problem. Payers do not enter into meaningful contractual relationships with providers. That must be addressed.

Senator Keon: Would you use Professor Evans's billing number suggestion? How would you do it?

Mr. Kelly: I would do three things. First, I would stop giving out open-ended billing numbers to physicians. I would provide virtually all comers with contract offers. I would put some conditionality in those contracts — for example, that they define issues such as "place of work." I am not suggesting at all that you should have administrators including clinical issues in contracts. However, the business relationship should be defined, and it currently is not. Eliminate the billing numbers, develop meaningful contractual relationships and you will begin to see the problem resolve itself. I also believe that many physicians would be supportive of such an approach, although they are not found in leadership positions of the provincial doctors' unions.

The Chairman: Following up on that, I do not know of any service purchased by a government in which there is not a contractual relationship. There is a contract that stipulates, "This is what the supplier shall do in return for the money."

When I got into this study, I was amazed to discover that those kinds of contracts, which routinely exist for the purchase of any service by any government anywhere, do not exist in this case. However, resistance from the profession to moving in that direction would be absolutely enormous.

Mr. Kelly has thought this issue through, but from a pragmatic standpoint, how do you get from here to there? Do you essentially grandfather all existing licence holders, billing number holders, and start imposing the contracts only on new entrants? Or do you attempt to change the process for people who already have billing numbers?

Mr. Kelly: One must be cautious. There are obviously constitutional implications here.

The Chairman: Why?

Mr. Kelly: The judges have told us that.

The Chairman: As I have always understood that judgment, it did not say that government could not enter into a contract. Government is under no obligation to hire every conceivable

aux enseignants d'aller enseigner à qui ils ont envie de le faire, à l'endroit où ils le désirent, de la façon dont ils le souhaitent et si les ministères de l'Éducation devaient les payer de toute façon, nous n'aurions pas de système scolaire à Iqaluit ou dans bien des régions du Nouveau-Brunswick, tout comme nous avons des pénuries de médecins à Iqaluit et dans bien des régions du Nouveau-Brunswick. Voilà le problème. Les payeurs n'arrivent pas à établir de relations contractuelles significatives avec les fournisseurs. C'est un problème que nous devons régler.

Le sénateur Keon: Est-ce que vous seriez prêt à accepter la suggestion du professeur Evans concernant les numéros de facturation? Et comment procéderiez-vous?

M. Kelly: Je ferais trois choses. Premièrement, je cesserais d'attribuer des numéros de facturation non limitatifs aux médecins. Je ferais en sorte que pratiquement tous les nouveaux venus se voient offrir un contrat. J'intégrerais certaines conditions dans ces contrats — par exemple, qu'ils définissent des aspects comme le «lieu de travail». Je ne veux pas dire que vous devriez faire en sorte que des administrateurs incluent des aspects cliniques dans les contrats. Toutefois, la relation professionnelle devrait être définie, et actuellement elle ne l'est pas. Éliminez les numéros de facturation, établissez des relations contractuelles significatives et vous verrez que le problème commencera à se résorber. Je pense également que bien des médecins seraient en faveur d'une approche semblable, même si ce ne sont pas ceux qui occupent des postes de direction au sein des associations provinciales de médecins.

Le président: Pour renchérir sur ce que vous venez de dire, j'ignore s'il existe un service quelconque dont le gouvernement fait l'acquisition qui ne soit pas régi par une entente contractuelle. Il y a toujours un contrat qui stipule: «Voici ce que le fournisseur doit faire en retour des sommes qui lui sont versées.»

Lorsque j'ai amorcé cette étude, j'ai été très étonné de découvrir que ce genre de contrats, qui existe habituellement pour l'acquisition de n'importe quel service par n'importe quelle administration partout au pays, sont inexistants dans le cas des médecins. Toutefois, on peut s'attendre à ce qu'il y ait une résistance farouche de la part de la profession si jamais nous prenons cette direction.

M. Kelly a réfléchi sérieusement à cette question, mais d'un point de vue très pragmatique, comment devrions-nous procéder? Est-ce que essentiellement il suffirait de maintenir les droits acquis pour tous les médecins déjà autorisés, ceux qui détiennent déjà des numéros de facturation et est-ce que nous devrions commencer à imposer des contrats seulement aux nouveaux venus? Ou alors pensez-vous que l'on devrait modifier le processus pour les médecins qui possèdent déjà des numéros de facturation?

M. Kelly: Il faut faire preuve de prudence. Il est certain qu'il existe des droits constitutionnels à préserver.

Le président: Pourquoi?

M. Kelly: Les juges nous l'ont dit.

Le président: De la manière dont j'ai toujours compris ce jugement, il ne disait pas que le gouvernement ne pouvait pas conclure de contrat. Le gouvernement n'a aucune obligation

doctor who walks through the door. They cannot impose some conditions on some people. Government can decide to "hire" or not "hire" an individual — that is, enter into a service relationship. Therefore, they can impose certain conditions.

In the other case, it was challenged because it was attempting to impose a mobility rights condition on a profession. It is not clear what would have happened to the case on appeal. It is regrettable that it was never appealed. The judgment might not have stood if the case had been appealed.

Mr. Evans: Appealed to the Supreme Court?

The Chairman: Yes. The Supreme Court has been the arbiter on the interpretation of various Charter of Rights cases.

Mr. Kelly: A billing number is a privilege, not a right. It would be seen as such, at least at the superior court, when the issue gets there. I am convinced it will. However, it is not just a matter of mobility. There are equality issues as well.

You cannot indefinitely treat new doctors differently from established physicians. You must develop a scheme that ultimately applies to everyone, but perhaps has a long lead-in period.

The Chairman: Such as a 20-year phase-in.

Mr. Kelly: Exactly. That may well be doable. I do not know.

Mr. Darby: It is clear that when you enter into a contractual arrangement with someone in Iqaluit, it costs more money. No one is denying that aspect.

Mr. Kelly: Certainly, but it is costing us a lot because we do not enter into contractual relationships due to our extremely inefficient primary care system.

There will be opposition. I am not satisfied that any individual province has the political weight to take this on. This is an area where a national approach might serve well. Compensation generally might be an effective condition in future funding. One can address national issues in two ways: Get the provinces together and do it jointly, or throw the federal government into the mix. I would hope the federal government would see having an efficient primary care system as an objective of sufficient importance that it would want to play. It would have to be prepared to take some of the same political risks and pay the same costs as any province that entered into this pool. I would leave the precise nature of it to the politicians.

d'engager quelque docteur que ce soit. Les médecins ne peuvent imposer leurs conditions. Le gouvernement peut décider d'«engager» ou de ne «pas» engager une personne — c'est-à-dire, de conclure une relation de service. Par conséquent, le gouvernement peut imposer certaines conditions.

Dans l'autre affaire, cette proposition avait été contestée parce qu'elle tentait d'imposer une condition aux droits de mobilité à l'ensemble d'une profession. Je me demande ce qui serait arrivé si nous avions porté la cause en appel. Il est regrettable que nous ne l'ayons pas fait. Le jugement n'aurait peut-être pas été maintenu si la cause avait été portée en appel.

M. Evans: Si on avait porté la cause en appel à la Cour suprême?

Le président: Oui. La Cour suprême a agi à titre d'arbitre pour ce qui est de l'interprétation de diverses causes relevant de la Charte des droits et libertés.

M. Kelly: Obtenir un numéro de facturation est un privilège, et non un droit. Ce privilège devrait être considéré comme tel, du moins par le tribunal, lorsque la cause y est portée. Et je suis convaincu qu'elle le sera. Toutefois, il ne s'agit pas seulement d'une question de mobilité. Il y a également des aspects liés à l'égalité.

On ne pourra pas continuer indéfiniment à traiter les nouveaux médecins d'une manière différente de ceux qui sont déjà établis. Il faut mettre au point un programme qui finira par s'appliquer à tous et chacun, mais peut-être qu'il faudra prévoir une assez longue période d'introduction.

Le président: Une application progressive sur 20 ans par exemple.

M. Kelly: Exactement. Ce pourrait être faisable. Je ne sais pas.

M. Darby: Il est clair que lorsque l'on signe une entente contractuelle avec une personne qui se trouve à Iqaluit, cela coûte plus cher. Personne ne peut nier cet aspect.

M. Kelly: Certainement, mais cela nous coûte cher justement parce que nous ne voulons pas établir de relations contractuelles étant donné que nous vivons à l'intérieur d'un système de soins primaires extrêmement inefficace.

Il y aura de l'opposition. Je ne pense pas que n'importe quelle province possède suffisamment de poids politique pour adopter cette position. C'est un domaine où il me semble qu'une approche nationale pourrait être bienvenue. Il se pourrait que la rémunération devienne une condition efficace dans le cadre du financement futur. On pourrait aborder les problèmes d'envergure nationale en adoptant deux approches: soit les provinces se réunissent et décident d'agir conjointement ou alors de demander au gouvernement fédéral de se joindre à elles. Il est à espérer que le gouvernement fédéral verrait la possibilité de se doter d'un système de soins primaires efficace comme un objectif suffisamment important pour l'inciter à se joindre au groupe. Il faudrait qu'il soit prêt à prendre certains risques politiques et à payer le même prix que toutes les provinces qui auraient décidé de faire partie du groupe. Je laisse la décision de préciser la nature exacte de ce projet aux politiciens.

Mr. Darby: If you properly structure the contracts, you may reduce the opposition from the people who have to sign on.

Senator Fairbairn: On the subject of contractual arrangements, I am not entirely clear as to how they would work. I am thinking, Mr. Kelly, of the province of Alberta. What if nobody wants to go to Picture Butte or Milk River? We finally, with great effort, managed to bring in a doctor from Africa. Would the contractual arrangement work for him?

Mr. Kelly: Yes. That region would have the responsibility of ensuring the provision of medical services in the community, in the same way there is a school board with the responsibility of ensuring provision of educational services to the children of Milk River. That region should have sufficient resources to enable it to contract with a licensed physician, whether currently resident in Canada or somewhere else. However, I would give that region the responsibility of ensuring that it happened.

As you say, frequently it is not going to happen by itself because the physicians involved might prefer to practise elsewhere. The other side of the coin is I am arbitrarily taking away their right to decide where they will practise, unless another region offers them a contractual arrangement.

There is an incentive, as well as a disincentive, associated with this. It would be much easier to deal with the distributional problem if the choice that physicians currently have of practicing where they wish did not exist. It is not a choice other publicly paid service providers have.

Ms Deber: I agree with many of the points made. However, we must be somewhat careful, because if a teacher is not hired by a public school, he or she could still be hired by a private school, set up as a tutor or make a living otherwise. It will be a tricky situation when we say you can only be hired by the public sector and you have to go where we want. I predict there will be enormous pressure to set up some sort of parallel private system for people who do not wish to accept those contracts.

I would be somewhat milder. There should be performance expectations. There is recognition that, in many communities, fee for service will not be adequate. You may be able to induce people to accept alternative types of arrangements. All of the doctors I know are very unhappy about the fact that the incentives reward people who practise bad medicine the most. The people who practise good medicine know they will make much less than those who run revolving-door practices.

As opposed to this adversarial situation, we should work with the physicians to see how we can fix things to work smoothly, allowing them to deliver high quality care and have the critical

M. Darby: Si les contrats étaient bien structurés, il serait possible de réduire l'opposition des parties qui doivent les signer.

Le sénateur Fairbairn: Sur la question des ententes contractuelles, je ne suis pas sûr de comprendre parfaitement comment elles pourraient fonctionner. Je pensais, monsieur Kelly, à la province de l'Alberta. Que se passerait-il si personne ne voulait aller à Picture Butte ou à Milk River? Nous avons réussi, après d'intenses démarches, à y amener un docteur qui vient de l'Afrique. Est-ce que cette entente contractuelle serait applicable à ce médecin?

M. Kelly: Oui. Cette région devrait assumer la responsabilité de voir à la prestation de services médicaux dans la collectivité, de la même manière qu'il existe un conseil scolaire chargé d'assurer la prestation de services d'éducation aux enfants de la région de Milk River. Cette région devrait disposer des ressources suffisantes pour pouvoir signer un contrat avec un médecin autorisé, que celui-ci soit un résident actuel du Canada ou d'ailleurs. Toutefois, j'accorderais à cette région la responsabilité de voir à ce que les choses se fassent.

Comme vous dites, il arrivera fréquemment que les choses ne pourront pas se faire simplement parce que les médecins visés pourraient préférer exercer leur profession ailleurs. L'autre côté de la médaille est qu'en procédant de cette façon, on se trouve à leur retirer de façon arbitraire le droit de décider où ils peuvent exercer leur profession, à moins qu'une autre région leur offre une entente contractuelle.

Il s'agit donc à la fois d'une mesure d'encouragement et aussi d'un moyen de dissuasion. Il serait beaucoup plus facile de régler le problème de la répartition des médecins si le choix d'exercer leur profession à l'endroit où ils le désirent n'existait pas. Ce n'est pas un choix qui est offert à tous les autres fournisseurs de services dont les activités sont rémunérées par l'État.

Mme Deber: Je suis d'accord avec vous sur un bon nombre de points. Cependant, il faut faire très attention, parce que si un enseignant n'est pas engagé par une école publique, il peut toujours se tourner vers une école privée, ou alors décider de gagner sa vie comme tuteur ou d'une autre manière. Ce serait une situation très épineuse si on ne pouvait être engagé que par le secteur public et si l'on devait absolument aller là où l'on nous dit d'aller. Je prédis que l'on exercera des pressions énormes qui conduiront à la création d'un système privé parallèle pour les personnes qui ne voudront pas accepter ce genre de contrat.

J'adopterais une approche un peu moins radicale. Il devrait y avoir des attentes au niveau de la performance. On devrait reconnaître que, dans de nombreuses collectivités, le système de rémunération à l'acte ne sera pas approprié. On devrait être en mesure d'inciter les gens à accepter d'autres types d'ententes. Tous les médecins que je connais sont très mécontents du fait que les mesures incitatives récompensent souvent ceux qui exercent la médecine d'une manière qui n'est pas souhaitable. Les bons médecins savent très bien qu'ils feront beaucoup moins d'argent que ceux qui pratiquent une médecine «à la chaîne».

Plutôt que d'adopter une attitude de confrontation, je pense que nous devrions essayer de trouver un terrain d'entente avec les médecins et que nous devrions leur permettre d'offrir des soins de

mass they need to have a life and provide proper coverage. If they do not wish to work 70 hours a week, they probably cannot expect the same income as people who do. There will be some tradeoffs there.

We must be careful about setting up a single and adversarial model. It will not work if the providers do not wish to cooperate.

The Chairman: That amounts to saying we are prepared to give the providers a blanket veto, or, if you want, a complete endorsement.

It is always true that, in any negotiation, if you are not prepared to walk away from the table, you will lose. It seems to me, therefore, that you cannot give as much as the providers would like and think they deserve. You cannot give any group anywhere, particularly when dealing with public issues, that degree of power.

Mr. Kelly: I am not suggesting what Ms Deber implied, that physicians should be forced into these contracts. This is where I begin to part company with Professor Deber. I would provide an opportunity for those physicians who did not wish to enter into contractual relationship to practise privately. I would not let them have it both ways. I would not let them have a foot in both the public and private camps.

However, I would provide sufficient funding to the public system to run a quality system. I would provide the people who run the public system with the authority to enter into contractual relationships with people who provide services to that system. For those — and I suggest there would be very few — who did not want that arrangement for whatever reason, maybe because they saw some niche market somewhere that appealed to them, fine, let them have that alternative. By the way, that does not imply a change to the Canada Health Act. Current legislation permits doctors to opt out and work privately. In four provinces, people can even insure against that possibility.

Senator Fairbairn: The essence of my question, or my desire for clarification, returns to Senator Cook's statement. It really is a question of do we want to believe our health care system is equitable and universal. Yet, in one of these cases, this very small community had been used to having two doctors. They were the same age, and they got old and retired at the same time. For a time, there was nothing, until this wonderful physician came from Africa.

haute qualité et de disposer de la masse critique dont ils ont besoin pour obtenir une bonne qualité de vie et fournir une protection adéquate. S'ils ne veulent pas travailler 70 heures par semaine, ils doivent probablement s'attendre à ne pas obtenir le même revenu que ceux qui le font. Il devra y avoir certains compromis à faire.

Il faudra faire très attention si nous optons pour un seul et unique modèle qui prête à la controverse. Cette approche ne fonctionnera pas si les fournisseurs de soins ne veulent pas coopérer.

Le président: Cela revient à dire que nous sommes prêts à accorder aux fournisseurs un droit de veto ou si vous préférez que l'on doit attendre qu'ils donnent leur approbation complète.

Il est vrai que, dans n'importe quelle négociation, si vous n'êtes pas prêt à quitter la table à tout moment, vous êtes sûr de perdre. Il me semble, par conséquent, que l'on ne peut accorder aux fournisseurs tout ce qu'ils aimeraient obtenir et tout ce qu'ils pensent mériter. On ne peut accorder à n'importe quel groupe, et en particulier lorsqu'il s'agit de questions d'ordre public, ce niveau d'autorité.

M. Kelly: Je ne veux pas dire ce que Mme Deber a semblé sous-entendre, c'est-à-dire que les médecins devraient être forcés d'accepter ces contrats. C'est là que je me dissocie un peu de la position de la professeure Deber. Je donnerais aux médecins qui ne désirent pas signer d'entente contractuelle la possibilité d'exercer en pratique privée. Mais je ne leur permettrais pas d'avoir le beurre et l'argent du beurre. C'est-à-dire que je ne leur donnerais pas la possibilité de travailler à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé.

Toutefois, j'accorderais suffisamment de financement au système public pour qu'il puisse offrir des soins de qualité. Je donnerais la possibilité aux personnes qui administrent le système public d'exercer l'autorité dont elles ont besoin pour conclure des relations contractuelles avec les personnes qui fournissent des services à ce système. Pour ceux — et je pense qu'il y en aurait très peu — qui ne désireraient pas signer ces ententes pour des raisons qui leur appartiennent, peut-être parce qu'ils verraient un marché à créneaux plus intéressant pour eux ailleurs, eh bien il suffirait de leur laisser adopter l'approche qui leur convient. Soit dit en passant, cela n'entraîne pas de modification à la Loi canadienne sur la santé. En effet, la loi actuelle permet aux médecins d'exercer une option de refus et d'exercer en pratique privée. Dans quatre provinces, les gens peuvent même prendre une assurance contre cette possibilité.

Le sénateur Fairbairn: L'essence de ma question, ou mon désir d'obtenir des éclaircissements, vise le commentaire du sénateur Cook. Selon moi, l'enjeu véritable consiste à déterminer si nous voulons que notre système de soins de santé conserve ses caractéristiques d'équité et d'universalité. Et encore, on a mentionné le cas d'une très petite collectivité qui s'était habituée à bénéficier des services de deux médecins. Les deux médecins avaient le même âge et, naturellement, ils ont pris leur retraite en même temps. Pendant une certaine période, il n'y a pas eu d'autre médecin, jusqu'à l'arrivée de ce merveilleux docteur africain.

My question or concern is about places where people do not want to go. How high do the contract rates have to go to get them there?

Mr. Kelly: Some extremely high rates of compensation have been provided in recent contracts in Western Canada to get physicians to go to places that might not appeal to many people. However, there is still no requirement attached.

One of the problems in providing increased compensation in more isolated communities is that the definition of what is isolated and what is not becomes a matter of negotiation. It becomes blurred over time. It has been my observation, over 15 years in the business, that whatever one provides to a physician in a small, isolated, rural community today, will be provided province wide within a decade. If you want evidence of that, look at the contract that is currently in the process of being approved in British Columbia.

Mr. Evans: You must see at least some of the communities, particularly those on the Prairies, in a more long-term light. I grew up in a small prairie town and I have seen them die.

Ultimately, the width of the draw bar that you can take behind the diesel engine is driving that. As the diesel engines get bigger, the draw bar gets wider, and the number of people in the field decreases, the number of passes through the field decreases and the optimum man-to-man ratio drops. As that happens over time, the number of small towns that are economically viable shrinks.

Many of those small areas will simply disappear in the longer term, as many of them already have, certainly in my lifetime. You are looking for ways to deliver medical services, and not necessarily a doctor. It does not make sense for a young man or woman straight out of medical school to go off and set up a practice in a town that may not exist in 20 years. I notice that Mr. Kelly's response was in terms of the regional responsibility to ensure the availability of medical services, and not necessarily a physician. In general, those two things must be separated.

The townspeople may feel differently about that. They may feel that because they have had a doctor in the past, they would like to continue to have a doctor. The answer to that may be, "You will not have one." We need to ensure that people have access to medical services. That may mean rotating people in or out of those areas. That would not be as good as having the same doctor available at all times, but that is what could happen in those small communities.

You need to monitor, not the presence or absence of bodies, but rather whether the folk in those remote communities are receiving the same level of services as others. Very often, you find

Ma question ou plutôt ma préoccupation vise ces régions où les médecins ne veulent pas aller. Combien faudra-t-il leur offrir pour qu'ils soient intéressés à se rendre dans ces lieux reculés?

M. Kelly: Il est arrivé que l'on offre des taux de rémunération extrêmement élevés dans des contrats signés récemment dans l'ouest du Canada afin de convaincre des médecins d'aller s'établir dans des endroits qui n'intéressent pas beaucoup de gens. Toutefois, il n'y a toujours aucune exigence liée à ces contrats.

L'un des problèmes rattachés à la fourniture d'une rémunération supérieure dans des collectivités isolées tient au fait que la définition de région isolée peut devenir un sujet de négociation. Et cette distinction finit par s'estomper avec le temps. Au cours des 15 années pendant lesquelles j'ai oeuvré dans le domaine, j'ai pu observer que peu importe les conditions que l'on accorde à un médecin qui exerce dans une petite communauté rurale isolée, ces conditions seront offertes à l'échelle de la province en l'espace de 10 ans. Si vous voulez des preuves de ce que j'avance, il suffit de jeter un coup d'oeil sur le contrat que l'on est en train d'approuver en Colombie-Britannique.

M. Evans: Il faut voir certaines de ces collectivités, particulièrement celles des Prairies, dans un contexte à plus long terme. J'ai grandi dans une de ces petites villes des Prairies et je les ai vues disparaître.

Finalement, la traction dépend de la longueur de la barre fixée à l'arrière du moteur diesel. Plus le moteur est puissant, plus la barre est large et plus le nombre de personnes qui travaillent dans le champ diminue, ainsi que le nombre de passages à travers le champ et le rapport optimal d'homme à homme. Au fur et à mesure que cela se produit, le nombre de petites villes qui sont rentables a tendance à diminuer.

Bon nombre de ces petites villes sont appelées à disparaître à plus ou moins long terme, comme beaucoup l'ont déjà fait, durant ma propre existence. On essaie de trouver des moyens d'offrir des services médicaux, et pas nécessairement ceux d'un médecin. Ce n'est peut-être pas très censé pour un jeune médecin, que ce soit un homme ou une femme, qui sort directement de la faculté de médecine de s'exiler pour aller exercer sa profession dans une ville qui n'existera peut-être plus d'ici 20 ans. Je remarque que la réponse de M. Kelly faisait allusion à la responsabilité de la région de s'assurer de la disponibilité de services médicaux, et pas nécessairement de ceux d'un médecin. En règle générale, ces deux choses doivent être séparées.

Les habitants de la petite ville peuvent avoir une autre vision des choses. Ils peuvent se dire qu'étant donné qu'ils ont déjà eu un médecin dans le passé, ils aimeraient bien continuer à en avoir un. La réponse qu'il faudra leur faire est peut-être: «C'est dommage, mais vous n'en aurez pas d'autre.» Nous devons nous assurer que ces gens ont accès à des services médicaux. Cela peut vouloir dire d'effectuer une rotation du personnel dans ces régions. Naturellement, ce ne serait pas aussi bien que d'y avoir un médecin en permanence, mais peut-être que c'est ce que nous serons appelés à faire dans les petites collectivités.

Il faut surveiller, non la présence ou l'absence de personnes, mais plutôt essayer de déterminer si les gens qui vivent dans les régions éloignées bénéficient de la même qualité de services que les

that the degree of unequal distribution of services is much less than the unequal distribution of personnel. You need to build your regional structures to ensure that that happens.

Senator Morin: Are not negotiations between the Minister of Health, physicians and, especially, physicians' unions, intensely provincial? I cannot understand how the federal government has any influence in these negotiations. We often talk about the West, but these negotiations happening between the ministers of health and doctors in each province are different. This is, to my mind, so intensely provincial that, apart from wishing for a different outcome, I cannot see what the federal government can do.

Mr. Kelly: I am not sure that I have a specific recipe. However, I do not think that it is different from province to province. We have ten sets of similar problems. Certainly, I believe the provincial medical unions' approach to negotiations is on a national scale. They talk to and learn from each other, and they focus their objectives on particular provinces where they believe progress can be made.

Senator Morin: That is a matter of opinion.

Mr. Kelly: — and perhaps a little experience, as well.

I should like to think that at the least, provinces can do that, but they do not.

The federal government has provided \$36 billion in the last two tranches in 1999 and 2000, and there may be more. Surely the federal government has an interest in ensuring that, while compensation is appropriate, and even generous, it is no more than that.

Mr. Robinson: I would support Mr. Kelly's opinion, based on media scans of the bargaining pattern that occurs amongst doctors, and all allied health professionals, province by province. Each sets the bar for the next set of negotiations, whether it is doctors, nurses or autoworkers. It is the same incentive in that kind of labour framework.

Senator Fairbairn: I take Mr. Evans's views, as harshly realistic as they may be, to mean that part of the equation is the ultimate disappearance of small communities, that this is a national problem. It is one that people in every province of this country are fighting at every level. We are offering support and diversification of many things to try to maintain viable opportunities for those towns and for the people who choose to live in them.

autres. Très souvent, on trouve que la répartition inégale des services est beaucoup moins importante que la répartition inégale du personnel. Il faut absolument mettre sur pied des structures régionales qui font en sorte que les choses se passent de cette manière.

Le sénateur Morin: Est-ce qu'il n'y a pas actuellement des négociations entre le ministère de la Santé, les médecins et plus particulièrement les associations de médecins, à l'échelle provinciale? Je ne comprends pas pourquoi le gouvernement fédéral a un mot à dire dans ces négociations. Nous parlons souvent de l'ouest du pays, mais les négociations qui se jouent entre les ministres de la Santé et les médecins dans chaque province sont différentes. À mon avis, ces négociations sont tellement propres à chaque province que, à part le fait de souhaiter un résultat différent, je ne vois pas ce que le gouvernement fédéral peut faire.

M. Kelly: Je n'ai pas de recette précise. Toutefois, je ne pense pas que les choses soient tellement différentes d'une province à l'autre. Nous avons finalement dix versions d'un problème similaire. Par ailleurs, il est certain que les associations provinciales de médecins approchent ces négociations en adoptant une vision nationale. Ces associations communiquent entre elles et échangent des expériences; elles concentrent leurs objectifs sur des provinces en particulier lorsqu'elles croient qu'elles peuvent réaliser certains progrès.

Le sénateur Morin: C'est une question d'opinion.

M. Kelly: ... et peut-être aussi un peu d'expérience.

J'aimerais penser que les provinces peuvent, à tout le moins, réussir cela, mais elles n'y arrivent pas.

L'administration fédérale a versé 36 milliards de dollars en deux tranches en 1999 et en 2000, et il y en aura peut-être d'autres. Il est certain que le gouvernement fédéral a tout intérêt à s'assurer que la rémunération, même si elle est juste et même généreuse, n'ira pas plus loin.

M. Robinson: J'appuie l'opinion de M. Kelly, en me fondant sur les analyses qui ont été faites dans les médias du type de négociations qui ont cours entre les médecins et tous les membres des professions paramédicales, province par province. Chacun se trouve à fixer la barre pour le prochain cycle de négociations, qu'il s'agisse des médecins, des infirmières ou d'autres travailleurs. On utilise le même type de mesures incitatives pour cette catégorie de ressources humaines.

Le sénateur Fairbairn: J'interprète les commentaires de M. Evans, même s'ils sont très réalistes, comme voulant dire que l'on ne pourra pas échapper à la disparition éventuelle de petites collectivités, et qu'il s'agit d'un problème d'envergure nationale. C'est un problème que toutes les provinces de ce pays doivent affronter à tous les paliers. Nous essayons d'offrir un soutien et une diversification à bien des égards afin de maintenir autant que possibles des options viables pour ces petites villes et pour les gens qui choisissent d'y vivre.

I would argue that the availability of adequate medical services is right up there with schools as a central focus in the viability of some of these communities. At any rate, it certainly will not be solved around this table, because it is obviously a critical part of that larger issue.

I should like to ask a question about home care. We have heard comments from a variety of witnesses that, as a viable and sensible option, the demand for home care will increase, because more and more people will want to remain in their own homes and not go to institutions.

More than that, many people in Canada forget that the Canada Health Act was founded on hospitals and doctors. Today, all of a sudden, people who thought that "health care" meant all health care are discovering, at accelerating levels, that that is not the case and that the ball is in their court.

Every province is trying to provide what they call "home care." The standards across this country are wildly different. Could you express your view of the way that we can best develop a rational and responsible health care system in this country?

Is this important enough, in the overall health situation, to become, as someone mentioned, a piece of companion legislation to the Canada Health Act?

Ms Deber: Every one in this room has had personal experiences that caused them a certain degree of anguish. As we are in very privileged positions, one can only imagine the families that are not and have these enormous daily responsibilities. We are incapable of fulfilling them without a response from our health care system.

Mr. Evans: I presume that the committee has Marcus Hollander's report on home support, otherwise my response to your question would have been fairly sceptical about both the potential for cost saving and for improved health from home support as opposed to home care — there is an important distinction there. Marcus Hollander has analyzed a remarkable control trial, an accidental social experiment, from British Columbia and found quite marked differences in mortality rates two and three years out in regional populations with either high levels of, or discontinued, home support. By "home support," I mean not health care as such, but the kinds of activities that enable people to stay in their homes. There were quite powerful differences, which surprised me considerably. The study is worth looking at.

The cost saving part of it needs to be looked at under a general rule that costs do not fall by themselves, because every cost is also somebody's income. However, there does seem to be quite a lot of scope for yet further reductions in hospital utilization by

J'aimerais faire valoir que la disponibilité de services médicaux adéquats est, au même titre que les écoles, un objectif central en ce qui concerne la viabilité de certaines de ces collectivités. En aucune manière, nous ne pourrions régler ce problème autour de cette table, parce que, de toute évidence, il s'agit d'une facette importante d'un problème beaucoup plus large.

J'aimerais poser une question au sujet des soins à domicile. Nous avons entendu toute une brochette de témoins nous dire, comme une option viable et censée, que la demande pour les soins à domicile augmentera, parce que de plus en plus de personnes voudront rester chez elles et ne pas aller dans les institutions.

Par ailleurs, bon nombre de Canadiens semblent oublier que la Loi canadienne sur la santé a été établie en fonction des hôpitaux et des médecins. Aujourd'hui, soudainement, des personnes qui croyaient que la définition des «soins de santé» englobait tous les soins de santé découvrent de plus en plus rapidement, que ce n'est pas le cas et que la balle est dans leur camp.

Toutes les provinces s'efforcent de fournir ce qu'elles appellent des «soins à domicile». Il y a une énorme disparité au niveau des normes à l'échelle de ce pays. Pourriez-vous nous dire comment vous voyez le développement d'un système de soins de santé rationnel et responsable dans ce pays?

Est-ce que cet aspect est suffisamment important, dans le cadre global des soins de santé, pour justifier, comme quelqu'un l'a mentionné, l'adoption d'une loi complémentaire à la Loi canadienne sur la santé?

Mme Deber: Chacun d'entre vous a certainement vécu des expériences personnelles qui ont créé un certain degré d'anxiété. Comme nous nous trouvons dans une situation très privilégiée, il est facile d'imaginer que des familles qui n'ont pas cette chance puissent devoir assumer d'énormes responsabilités au jour le jour. Il est impossible de s'acquitter de ces responsabilités sans une intervention de la part de notre système de soins de santé.

M. Evans: Je suppose que le comité a pris connaissance du rapport de Marcus Hollander concernant le maintien à domicile, parce que sans ce rapport, ma réponse à votre question aurait été assez sceptique en ce qui concerne la possibilité de réaliser des économies et d'améliorer la santé à partir des programmes de maintien à domicile par comparaison aux soins à domicile — et il y a une importante distinction à faire ici. Marcus Hollander a analysé une épreuve de contrôle remarquable, une expérience sociale accidentelle, en Colombie-Britannique, et il a trouvé des différences très marquées au niveau des taux de mortalité, ces différences pouvant atteindre deux à trois ans au sein des populations régionales selon que celles-ci bénéficiaient de programmes de maintien à domicile très actifs ou de pas de programme du tout. Par «maintien à domicile», je ne veux pas parler des soins de santé comme tel, mais plutôt de cet éventail d'activités qui permettent à des personnes de demeurer chez elles. Les écarts étaient frappants, et j'en ai été très étonné. Cette étude vaut vraiment la peine d'être consultée.

L'aspect économique doit être envisagé en gardant à l'esprit la règle générale comme quoi les coûts ne disparaissent pas par enchantement, parce que à chaque coût correspond le revenu de quelqu'un d'autre. Toutefois, il semble qu'il existe une énorme

expanding the level of home care and home support. That is a long-winded way of saying I do think there is a lot of potential in that area.

Ms Deber: Home care is critical because it is very heterogeneous. Home care is a place, not a service. There are all kinds of different services given in home care, some of which do fit under the Canada Health Act universality criteria and some of which do not. This is where user fees would be entirely appropriate, as would family support. Some will be fairly predictable costs, for which Mr. Robinson's argument for a CPP type of pre-savings would be appropriate, as opposed to something like palliative care, for which it probably would not be. We have to stop talking about home care as though it is a homogeneous entity.

Most data shows that if it is to be effective, the population that will receive it has to be carefully targeted. One of the problems is that you start putting everybody on it, including those for whom it may not make sense, whereas for certain populations it makes enormous sense.

I can share with you a survey that we did. I have a research unit funded by Canadian Institutes of Health Research, CIHR, which has a lot of partnerships with national associations. The unit sent out a survey asking the leadership of key groups — including the Canadian Medical Association, the Canadian Nurses Association, the Canadian Home Care Association, the Conference Board of Canada, whose response rate is horrible, and the Federation of Independent Business — what they think should be included in medicare; what they think should be universal under Canada Health Act type conditions; what should be partially paid for and means tested; what should be partially paid for and non-means tested; and what does not belong in a publicly funded system at all. We are currently analyzing the results.

One thing that is striking is that the public support for things outside hospitals is less. There are all kinds of things where all the groups say, "Yes, indeed, if it is in a hospital, it should be fully paid for." The minute you say it is either in a private clinic or at home, you start seeing differences. If you are going to go into home care, you do not yet have the strong support that you do for hospital services. When we have the results on this survey, if you are interested, we will be happy to share them with the committee.

possibilité de procéder à d'autres réductions dans l'utilisation des hôpitaux en procédant à une certaine expansion des programmes de soins à domicile et de maintien à domicile. C'est un long préambule pour dire que je vois un énorme potentiel dans ce domaine.

Mme Deber: Les soins à domicile sont indispensables parce qu'ils sont très hétérogènes. Les soins à domicile correspondent à un endroit, et non à un service. Tout un éventail de services différents sont dispensés dans le cadre des soins à domicile, et certains relèvent du critère d'universalité de la Loi canadienne sur la santé, d'autres pas. C'est dans ce contexte que l'on pourrait envisager les frais d'utilisation, tout comme l'aide à la famille. Certains coûts sont tout à fait prévisibles, et à cet égard, la suggestion de M. Robinson concernant des économies préalables du type de celles du RPC serait appropriée, contrairement au cas des soins palliatifs par exemple, où la situation ne se prête pas. Nous devons cesser de voir les soins à domicile comme une entité homogène.

La plupart des données montrent que si nous voulons que ces soins soient efficaces, il est important de cibler avec soin la population à laquelle ils sont destinés. L'un des problèmes tient au fait que l'on commence à vouloir inclure tout le monde, y compris ceux pour lesquels ces soins ne conviennent absolument pas, alors que pour d'autres, c'est une solution extraordinaire.

J'aimerais vous faire part d'une étude que nous avons effectuée. Je dirige un groupe de recherche financé par les Instituts de recherche en santé du Canada, les IRSC, qui a établi un grand nombre de partenariats avec des associations nationales. Donc ce groupe a transmis un formulaire d'enquête qui demandait à la direction de certains groupes clés — notamment, l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association canadienne des soins et services à domicile, le Conference Board of Canada, dont le taux de réponse est horrible, ainsi que la Fédération canadienne de l'entreprise indépendante — ce qui, à leur avis, devait être inclus dans le régime de soins de santé; ce qui devrait être considéré comme universel en vertu des dispositions de la Loi canadienne sur la santé; ce qui devrait être remboursé en partie et faire l'objet d'un examen des ressources; ce qui devrait être remboursé en partie et ne nécessiterait pas un examen des ressources et, finalement, ce qui devrait être exclu d'un système subventionné par l'Etat. Nous sommes actuellement en train d'analyser les résultats de cette enquête.

Une chose nous a frappés à l'étude de cette enquête, c'est que l'appui du public pour des éléments qui sont offerts à l'extérieur des hôpitaux est moindre. Pour tout un éventail de services, les groupes disent: «Oui, effectivement, si ces services sont dispensés dans un hôpital, ils devraient être entièrement remboursés.» À partir du moment où vous dites que ces services ou ces soins sont dispensés dans une clinique privée ou qu'il s'agit de soins à domicile, vous commencez à voir des différences. Dès qu'il est question des soins à domicile, on n'obtient plus l'appui massif qui est accordé pour les services offerts dans les hôpitaux. Lorsque nous aurons obtenu les résultats de cette enquête, si cela vous intéresse, nous vous les communiquerons avec plaisir.

Senator Morin: Could we have it fairly soon, because this is a very important issue? How was support for pharmacare in your survey?

Ms Deber: So far, it is considerably lower. There are some things in there that are plainly irrational. For example, there is very strong support for immunization, but not in terms of travel — immunization prior to a foreign visit — even though somebody could bring back a pretty nasty disease. If you were talking of being penny-wise and pound foolish, not paying for that would seem to fit the bill.

We were thinking it would be useful to indicate which things could probably be taken off the table. There is enormous support for continuing full coverage for hospital-based services. We could probably take that off the table and stop debating it because there is strong support for that even in the independent business community, whereas there are other things about which there is still debate. We will have it as soon as my research assistant can finish inputting the data, which she is feverishly trying to do.

The Chairman: You are talking about weeks, not months.

Ms Deber: I am hoping so, but we have some 1,500 responses and that is an onerous job. She is working as hard as she can. I will certainly give it to you as soon as we have it entered.

Mr. Darby: In the 1990s, when we looked at real per-capita health care costs by age and sex, particularly as the budget constraints began to bite, we saw substantial reductions in health care costs per person among the elderly — in particular, those over 65, but more especially, those 75 and over, to the extent where health care costs on a per-capita basis were halved.

Senator Fairbairn: Lots of women too, I would think.

Mr. Darby: Yes, women too. We do not have direct evidence, but a hypothesis that there was a lot of de-institutionalization of the elderly going on in order to bring those costs down would be supported by evidence about where the elderly were now resident. It is interesting that in the latter years of the 1990s, that trend stopped. There was a real question about to what extent the easy gains in terms of cost savings in the systems from increased home care had already been realized on a per-capita basis.

I think home care is with us now as a pattern of treatment, especially for the elderly or for chronic care. As we go forward, it will be tougher to get more cost savings out of the system through home care. As the number of elderly increase, the demands on home care will increase. As for changing the pattern of care, it

Le sénateur Morin: Pourrions-nous en prendre connaissance très bientôt, parce que c'est une question très importante? Quel a été le résultat pour l'assurance-médicaments dans votre enquête?

Mme Deber: Jusqu'à maintenant, on a constaté que l'appui est faible. Certaines réponses dans cette enquête sont tout à fait irrationnelles. Par exemple, on note un appui très marqué pour l'immunisation, mais pas lorsqu'il s'agit de vaccins pour les voyageurs — par exemple, les immunisations nécessaires avant de faire un voyage à l'étranger — et cela, même si un voyageur risque de revenir au pays avec une maladie très grave. Si on veut faire des économies de bouts de chandelles, ne pas rembourser ces immunisations pourrait bien traduire cette attitude.

Nous pensions que cette enquête serait utile pour déterminer quels éléments pourraient être éliminés des discussions. Mais on constate un appui massif pour que l'on continue à rembourser entièrement tous les services offerts dans les hôpitaux. Nous pourrions probablement retirer ces éléments de la table de négociations et cesser d'en parler parce que ces éléments obtiennent un appui massif même chez les entreprises indépendantes, tandis que d'autres suscitent toujours un débat très animé. Nous connaissons les résultats de cette enquête dès que mon assistante de recherche en aura terminé avec la saisie des données, elle fait aussi vite que possible.

Le président: Vous voulez parler de semaines, et non de mois.

Mme Deber: Je l'espère, mais il nous reste encore 1 500 réponses à traiter, et c'est un travail très fastidieux. Elle donne tout ce qu'elle peut. Je vous communiquerai ces résultats dès que je les aurai.

M. Darby: Dans les années 90, lorsque nous avons examiné les coûts des soins de santé réels par habitant, selon l'âge et le sexe, et particulièrement parce que les restrictions budgétaires commençaient à se faire sentir, nous avons constaté des réductions importantes au chapitre des coûts des soins de santé par personne chez les aînés — en particulier, chez ceux de plus de 65 ans, mais encore plus particulièrement chez ceux de 75 ans et plus, dans la mesure où les coûts des soins de santé par habitant étaient coupés de moitié.

Le sénateur Fairbairn: Et il y avait beaucoup de femmes, je suppose.

M. Darby: Oui, chez les femmes aussi. Nous n'avons pas de preuves directes, mais l'hypothèse selon laquelle il y avait une importante désinstitutionnalisation des personnes âgées en cours justement en vue de réduire les coûts serait confirmée par des données sur le lieu de résidence de ces personnes âgées. Il est intéressant de constater que vers la fin des années 90, cette tendance a pris fin. On s'est réellement demandé dans quelle mesure les gains qui avaient été réalisés facilement en termes d'économies de coûts par personne dans les systèmes étaient imputables à l'augmentation des soins à domicile.

Je pense que les soins à domicile existent désormais comme une forme de traitement, tout particulièrement pour les personnes âgées ou encore pour les malades chroniques. Avec le temps, il sera de plus en plus difficile d'obtenir de nouvelles économies du système grâce aux soins à domicile. Au fur et à mesure que le

looks as if that already took place in response to the substantial cuts in funding in the early to middle 1990s. It raises the issue of how much more savings we could get, at least on a per-patient basis.

Senator Morin: Savings is not the only issue.

Mr. Darby: Sure.

Senator Fairbairn: You are suggesting that a lot of what we are talking about has already been accomplished. I think anecdotally, you would find in almost every part of the country some very powerful examples of how it does not work, and how dreadful things happen between hospitals and homes that we should be able to deal with in this country.

Mr. Darby: Looking forward, we have big supply issues as well, and some of the stories you are talking about are part of the falling between the cracks. If we are changing our way of dealing with chronic care for the elderly in terms of no longer trying to do it in hospital settings, but we do not have the supply of the home care facilities to treat the ever-increasing number of elderly, then horror stories are almost the direct implication of those two trends.

Mr. Evans: Ms Deber made a point regarding the variety of different issues and that deserves to be reinforced. The decline in hospital utilization in the mid-1990s was an acceleration of a decline that had been happening for a long time. Some of that decline was a result of the substitution of day surgery for in-patient care and the shortening of acute care stays.

A need for home care is generated, but two or three days are lopped off of the hospital stay. You are not talking about a long-term, chronic issue. Those are relatively straightforward things with which to deal.

You are right. Much of that easy stuff has been completed.

We are now looking at a relatively small group of people, compared with the overall workload on the hospital system, with much more severe longer-term problems. For those, it is critical to have a precisely targeted home care program in place.

An erroneous position promoted by some of the hospital unions is that most of the contraction in hospital stays during the 1990s required creating home care. There were many people who should not have been in hospital in the first place. I was one of them.

nombre de personnes âgées augmentera, la demande va se faire plus forte pour les soins à domicile. Pour ce qui est de modifier le modèle de soins, il semble que cela se soit déjà produit en réaction aux compressions importantes apportées dans le financement entre le début et le milieu des années 90. Cette situation nous amène à nous interroger sur la possibilité de réaliser d'autres économies, du moins par patient.

Le sénateur Morin: Les économies ne sont pas le seul aspect à envisager.

M. Darby: Bien sûr.

Le sénateur Fairbairn: Vous semblez dire que nous avons déjà réalisé une bonne partie de ce dont nous sommes en train de parler. Soit dit en passant, il y a des exemples dans pratiquement toutes les régions de ce pays que ce système ne fonctionne pas, et que des choses absolument horribles se produisent entre l'hôpital et la maison, et nous devrions empêcher que ces choses se reproduisent.

M. Darby: Si on regarde en avant, il est certain que nous avons aussi d'énormes problèmes au niveau de l'offre, et certaines des histoires que vous mentionnez résultent des lacunes du système. Si nous changeons notre façon de traiter les patients âgés chroniques dans les hôpitaux, mais sans augmenter les ressources en matière de soins infirmiers à domicile pour traiter le nombre toujours croissant de personnes âgées, dans ce cas, nous n'avons pas fini d'entendre les histoires d'horreur qui sont malheureusement les répercussions directes de ces deux tendances.

M. Evans: Mme Deber a fait un commentaire concernant l'éventail des différents problèmes auxquels il faudrait que l'on s'attaque. Le recul constaté dans l'utilisation des hôpitaux vers le milieu des années 90 a été une accélération du recul amorcé depuis longtemps. Il s'explique en partie par le fait que l'on a remplacé les soins aux malades hospitalisés par la chirurgie d'un jour et que l'on a raccourci la durée des séjours pour soins impératifs.

On a créé ainsi un besoin pour des soins à domicile, mais dans la foulée, deux ou trois journées de séjour à l'hôpital ont été écourtées. Vous ne parlez pas du problème des malades chroniques et à long terme. Ces éléments sont des choses relativement faciles à traiter.

Vous avez raison. Une partie du travail le plus facile a déjà été accomplie.

Nous nous penchons actuellement sur un groupe relativement restreint de personnes, par comparaison à la charge de travail globale du système hospitalier, qui fait face à des problèmes à long terme beaucoup plus sérieux. Pour cela, il est essentiel que nous mettions sur pied un programme de soins à domicile bien ciblé.

Certaines associations d'hôpitaux défendent la position erronée que la plupart des compressions imposées à la durée des séjours en établissement au cours des années 90 ont entraîné la création de soins à domicile. Bien des gens n'auraient jamais dû se trouver à l'hôpital pour commencer. J'en sais quelque chose, j'en ai fait partie.

We substituted day-types of care, about which we have known for 20 or 30 years. We never got around to doing it earlier because it was not worth the trouble. I can give you specific examples, if you are interested, over lunch.

Ms Deber: The complexity is caused in part by the large amount of unregulated care, particularly in retirement homes in Ontario. They are basically taking on the functions of nursing homes but are totally unregulated. You do not know what is happening there. The cost burden can become horrific, particularly if people do not have private insurance.

I know people who are worried that their elderly parents will fall. They are paying for 24-hour per day care for someone to watch them. It will bankrupt them. Home care is not cheaper if you need to bring in an enormous array of services.

It may be more humane and better, if people are isolated and not talking to anyone, to have them enter residential care. There are apartment-bound people who will never see or talk to anybody.

There is an extraordinarily complex array of needs. It depends on the type of supports available, such as family and church. People are more isolated when kids move away. They need a different type of care.

It is not a Canada Health Act thing. I can see room for user fees, family co-payments, pre-savings and other sorts of things for that sort of care. However, it does not make sense for much of the more acute care traditionally envisioned by the Canada Health Act.

I agree that it is an enormous problem.

Senator Morin: These are important statements. Professor Evans has stated the difference between home care and home support. They are two different issues. It does not lend itself as cleanly as pharmacare or hospital care to a national program.

The Chairman: That is right. The boundary lines are not clear.

Senator Morin: We hear over and over again that we should have a national home care program. We have just heard important points.

Mr. Evans: CIHI is trying to develop data systems that will make the distinction between home care and home support. I have a meeting on Thursday with CIHI to discuss the current stage of their efforts.

Les soins hospitaliers ont été remplacés par les soins de jour que l'on connaît maintenant depuis 20 ou 30 ans. On ne l'a pas fait plus tôt, car cela n'en valait pas la peine. Je peux vous donner des exemples précis, si cela vous intéresse, à l'heure du lunch.

Mme Deber: La complexité vient en partie de la quantité énorme de soins non réglementés, et particulièrement dans les maisons de retraite en Ontario. Ces endroits assument essentiellement le rôle de maisons de soins infirmiers, à la différence qu'elles ne sont pas du tout réglementées. On ne sait pas du tout ce qui s'y passe. Le fardeau financier peut devenir horrible, et particulièrement pour les gens qui n'ont pas d'assurance privée.

Je connais des gens qui sont inquiets à l'idée que leurs parents âgés pourraient faire une chute. Ils paient des gens 24 heures par jour pour les surveiller. Ils risquent de faire faillite un jour ou l'autre. Les soins à domicile ne sont pas meilleur marché si vous avez besoin d'un énorme éventail de services.

Peut-être que ce serait plus humain et même préférable, si ces gens se retrouvent isolés et qu'ils n'ont personne à qui parler, de les faire entrer dans des établissements de soins. Il y a des gens qui vivent en appartement et qui sont très seuls.

L'éventail des besoins est extraordinairement complexe. Ces besoins dépendent du type de soutien dont on dispose, qu'il provienne de la famille ou de l'église. Les gens sont plus isolés lorsque les enfants sont loin. Ils ont besoin d'un type différent de soins.

Ces soins ne relèvent pas de la Loi canadienne sur la santé. Je constate qu'il y a de la place pour une participation aux frais, que la famille pourrait acquitter une quote-part, que l'on pourrait faire des économies en prévision de ces besoins et que d'autres types de mesures pourraient être prises pour ce genre de soins. Toutefois, ces mesures n'ont absolument aucun sens pour les soins plus impératifs qui sont habituellement prévus dans la Loi canadienne sur la santé.

Je suis d'accord avec vous qu'il s'agit d'un énorme problème.

Le sénateur Morin: Ce sont des affirmations importantes. Le professeur Evans a expliqué la différence entre les soins à domicile et le maintien à domicile. Ce sont là deux questions tout à fait différentes. Il n'est pas aussi facile de les départager que ce l'est pour l'assurance-médicaments ou les soins hospitaliers dans le cadre d'un programme national.

Le président: C'est exact. Les frontières qui les séparent ne sont pas claires.

Le sénateur Morin: Nous avons entendu à maintes reprises que nous devrions mettre sur pied un programme de soins à domicile d'envergure nationale. Nous venons tout juste d'entendre des arguments importants à cet égard.

M. Evans: L'ICIS travaille actuellement à la mise sur pied de systèmes de données qui permettront d'établir la distinction entre les soins à domicile et le maintien à domicile. Je dois justement rencontrer jeudi des représentants de l'ICIS afin de discuter avec eux de l'étape où ils sont rendus pour ce travail.

Mr. Robinson: Mr. Chairman, page 32 of this year's CIHI report points out a 350 per cent increase in spending over the last 10 years on what the provinces define as home care. It now consumes 5 per cent of provincial health budgets, up from 1.6 per cent a decade ago. As a point of information, a place in these Ontario centres costs between \$1,500 and \$4,000 per month. I do not know what pension could pay that.

Dr. Deber raised an important issue. We talk about the continuum of care. We must be careful to not let governments off the hook by saying that we need more home care services as a kind of catch-all to make up for their lack of planning for ALC beds, long-term care beds or palliative care.

For years, we dumped things on the school system and figured that they would take care of it. We should not go that same route in health care.

I am not trying to belittle the issue of home care, but I do point out that we cannot have, as Ms Deber says, a definition that makes it the catch-all for everything, because then the continuum of care would degenerate for patients needing other surgical interventions or hospitalization, or for those in a chronic disease management stage of life.

Senator Fairbairn: We should not let ourselves off the hook either because of the diversity, by saying that a little bit could be done here and there. It is bigger than that.

Mr. Kelly, you have really had quite a career with Alberta and British Columbia. When you talk about consumption taxes, what would you do about Alberta?

Mr. Kelly: I was in Saskatchewan before I was in Alberta, by the way.

I see nothing wrong with a consumption tax being implemented in Alberta. My advice to a minister would be to do it.

Senator Fairbairn: Just checking.

Mr. Evans: Were you not talking about the federal GST as well?

Mr. Kelly: Frankly, Alberta premiums are fairly onerous. I like many of the Mazankowski recommendations. However, I do not support the recommendation that provincial premiums in Alberta should be increased further unless there was a substantial improvement in the income support component. My advice would be to have a consumption tax like everyone else.

M. Robinson: Monsieur le président, à la page 32 du rapport de l'ICIS de cette année, on signale une augmentation de 350 p. 100 des dépenses au cours des dix dernières années au chapitre de ce que les provinces définissent comme des soins à domicile. Ce poste consomme actuellement 5 p. 100 des budgets des provinces en matière de soins de santé, ce qui représente une augmentation de 1,6 p. 100 par rapport à il y a dix ans. À titre d'information, une place dans l'un de ces centres ontariens coûte entre 1 500 et 4 000 \$ par mois. Je ne connais pas de fonds de retraite en mesure d'assumer ces frais.

La professeure Deber a soulevé un point important. Nous parlons de continuum des soins. Il faut faire très attention de ne pas laisser le gouvernement s'en tirer en disant que nous avons besoin de plus de services de soins à domicile; il faut éviter que ces soins deviennent une sorte de fourre-tout pour compenser leur manque de planification au chapitre des lits ANS, des lits pour soins de longue durée ou des soins palliatifs.

Durant des années, nous avons pelleté des choses dans le système scolaire en pensant qu'il allait s'en occuper. Nous ne devons pas emprunter le même chemin en ce qui concerne les soins de santé.

Je n'essaie pas de minimiser le problème des soins à domicile, mais j'essaie plutôt de vous souligner que nous ne pouvons pas, comme le disait Mme Deber, utiliser une définition qui ferait des soins à domicile une solution à l'emporte-pièce, parce qu'alors le continuum des soins se détériorerait pour les patients qui ont besoin d'interventions chirurgicales ou d'une hospitalisation ou pour ceux qui luttent contre des maladies chroniques.

Le sénateur Fairbairn: Nous ne devons pas nous non plus fuir nos responsabilités soit en invoquant la diversité, soit en disant que l'on pourrait faire une petite intervention ici et là. Ce problème est beaucoup plus sérieux que cela.

Monsieur Kelly, vous avez mené une carrière impressionnante en Alberta et en Colombie-Britannique. Lorsque vous mentionnez les taxes à la consommation, qu'est-ce que vous feriez au sujet de l'Alberta?

M. Kelly: J'ai travaillé en Saskatchewan avant d'aller en Alberta, soit dit en passant.

Je n'ai rien contre la mise en place d'une taxe à la consommation en Alberta. Si je devais donner un conseil au ministre, ce serait d'y aller.

Le sénateur Fairbairn: Je voulais seulement m'en assurer.

M. Evans: Est-ce que vous n'avez pas également parlé de la TPS?

M. Kelly: Franchement, les primes qui sont versées en Alberta sont déjà passablement onéreuses. Je suis d'accord avec bon nombre des recommandations de M. Mazankowski. Toutefois, je n'appuie pas les recommandations voulant que l'on augmente davantage les primes en Alberta à moins que ces augmentations ne soient assorties d'améliorations importantes dans le soutien du revenu connexe. Je recommanderais que l'on mette plutôt en place une taxe à la consommation, comme partout ailleurs.

Senator Fairbairn: The current government in Alberta did substantially raise premiums, particularly for lower-income people. It is very tough.

Mr. Evans: Those premiums give the biggest boost to the people at the high end of the income distribution. It is not difficult to provide relief for people at the bottom. The people who really benefit from substituting a consumption tax for income tax, premiums for consumption tax, are the people at the very high end of the income distribution scale. It matters to everybody as an individual, but the big change in income from substituting one tax for another is at the high-income end.

The Chairman: I would like to wind up with several specific questions that will be easy for you to answer and hard for you to duck.

First, if we decide that the feds need to add revenue, which we have, what specific new revenue-generating source do we seek?

Mr. Darby: We have already tried to answer that question directly.

The Chairman: You said consumption taxes.

Mr. Evans: I would say income taxes. Remember, that is a personal opinion. I emphasize that the choice you make depends on your view of the equality or inequality that you want to impose on the Canadian population.

Senator Morin: Ear-marked?

Mr. Evans: No. You can label it.

Senator Morin: Labelled income tax.

Mr. Evans: Sure, but you will not earmark it. "Earmarked" means that you spend all of that, and only that, which you get from the tax. If you finance shortfalls from general revenue and absorb surpluses into general revenue, then the earmarking has no meaning. It is just political labelling. I see no problem with that.

Earmarking, no. I would not do that, and I do not think anybody would.

The Chairman: On income tax.

Mr. Evans: On any tax.

The Chairman: CPP is an earmarked tax.

Senator Morin: I still do not see the difference between earmarking and labelling. Could you explain?

Le sénateur Fairbairn: L'actuel gouvernement albertain a augmenté les primes de façon importante, et particulièrement pour les personnes à faible revenu. Ce fut une décision très dure.

M. Evans: Ces primes frappent surtout les gros salariés. Il n'est pas difficile de soulager les personnes qui se trouvent au bas de l'échelle des revenus. Ceux qui profitent réellement du remplacement d'une taxe à la consommation par un impôt sur le revenu sont ceux qui se situent au sommet de la fourchette de répartition des revenus. Bien entendu, cette situation a des répercussions sur tout le monde à titre individuel, mais le gros changement en matière de revenu et qui résulte du remplacement d'une taxe par une autre se situe au niveau le plus élevé de la fourchette.

Le président: J'aimerais terminer en posant plusieurs questions précises auxquelles vous pourriez répondre rapidement, mais qu'il vous sera difficile d'esquiver.

Premièrement, si nous décidons que le gouvernement fédéral doit injecter plus d'argent, et c'est d'ailleurs ce que nous avons fait, quelle source nouvelle de financement devrions-nous envisager?

M. Darby: Nous avons déjà tenté de répondre à cette question directement.

Le président: Vous avez mentionné les taxes à la consommation.

M. Evans: Je dirais l'impôt sur le revenu. Rappelez-vous que c'est une opinion personnelle. J'insiste sur le fait que la décision que vous prendrez dépend de l'opinion que vous vous faites de l'égalité ou de l'inégalité que vous voulez imposer à la population canadienne.

Le sénateur Morin: Donc, un impôt sur le revenu réservé?

M. Evans: Non. Un impôt à affectation spéciale.

Le sénateur Morin: Donc, un impôt sur le revenu à affectation spéciale.

M. Evans: Tout à fait, il ne faut pas le réserver. Parce que le «réserver» signifie que vous devez dépenser la totalité des recettes, et seulement les recettes, qui proviennent de cet impôt. Si vous financez les déficits en puisant dans les recettes générales, et si vous absorbez les excédents dans les recettes générales, alors on ne peut plus parler d'impôt sur le revenu réservé. Cela revient tout simplement à lui attribuer une étiquette à des fins politiques. Je n'y vois aucun problème.

Mais un impôt sur le revenu réservé, non, je ne le ferais pas, et je ne pense pas que quiconque veuille le faire.

Le président: Avec l'impôt sur le revenu.

M. Evans: Avec n'importe quelle taxe ou n'importe quel impôt.

Le président: Le RPC est financé au moyen d'une taxe à affectation spéciale.

Le sénateur Morin: Je ne comprends toujours pas la différence qu'il y a entre un impôt réservé et un impôt affecté à des fins spéciales. Pourriez-vous me l'expliquer?

Mr. Evans: The premiums in British Columbia are labelled as being for health care, but they do not fund the health care system. If the health care system costs more, general revenue makes up the difference. If the health care system should somehow cost less, the extra premium revenue would flow into the general treasury. In that sense, they do not determine the size of health care spending and they are not determined by the size of health care spending.

Senator Morin: If it is labelled...

Mr. Evans: They just call it "health care premiums." That is why I am emphasizing that in reality it is a poll tax. However, as the chairman points out, people will not understand that term.

Senator Morin: Your income tax proposal would be labelled?

Mr. Evans: Sure, if you want to. I expect that would be good politics. I am not a politician. It might make people feel more comfortable about it. I have no problem with a labelled "health surtax." That seems perfectly sensible. I think we recommended that in the Seaton commission report 10 years ago.

Mr. Kelly: GST, with a small caveat. January 1, 2003, the final tranche of the CPP raise will be finished. At that point, as EI comes down, there may be an argument for offsetting those reductions with a new health payroll tax.

Ms Deber: I am not an expert in tax policy. I think it is a question of what is the best way for the federal government to raise the revenue it needs, and I do not think that has anything to do with health care. The question of how much revenue health care needs is separable from the question of how best to raise it.

The Chairman: I agree.

Ms Deber: So I will not answer.

Mr. Robinson: Governments do not have revenue problems, but expenditure problems. Reallocation of resources: 4 billion in corporate welfare; 13 billion is documented by the Auditor General as discretionary HRDC funding, without touching a social program or a provincial transfer for health care at this point.

The Chairman: So you would do it through reallocation.

My second and last question relates to the issue we have touched on, principle 20, what we call the "care guarantee," which was essentially as follows: If sufficient funds are not put into the system, if the system is not sufficiently restructured to ensure that

M. Evans: En Colombie-Britannique, les primes de l'assurance-santé sont étiquetées comme telles, mais elles ne sont pas utilisées pour financer le système de soins de santé. Si les coûts du système de soins de santé sont supérieurs aux recettes, on comble la différence en puisant dans les recettes générales. Si par ailleurs les coûts du système de soins de santé sont inférieurs, dans ce cas l'excédent provenant des primes perçues sera versé dans le Trésor. En ce sens, les primes ne déterminent pas le montant des dépenses qui sont faites au titre des soins de santé, et ces primes ne sont pas non plus déterminées par le montant des dépenses au titre des soins de santé.

Le sénateur Morin: Oui, mais si ces primes sont étiquetées comme telles...

M. Evans: On les appelle tout simplement les «primes de l'assurance-santé». C'est la raison pour laquelle j'insiste sur le fait qu'en réalité il s'agit d'un impôt forfaitaire. Toutefois, comme l'a souligné le président, les gens ne comprendront pas ce terme.

Le sénateur Morin: Votre proposition serait donc celle d'un impôt sur le revenu étiqueté?

M. Evans: Oui, si vous voulez. Je pense que ce serait une bonne décision sur le plan politique. Mais je ne suis pas un politicien. Peut-être que les gens seraient plus à l'aise avec cela. Je n'ai aucune objection à ce que cet impôt soit étiqueté «surtaxe sur la santé». Cela me semble tout à fait justifiable. Je pense que nous l'avons déjà recommandé dans le rapport de la commission Seaton il y a dix ans.

M. Kelly: La TPS, avec une petite restriction. Le 1er janvier 2003, la tranche finale de l'augmentation au titre du RPC prendra fin. À ce moment, les primes au titre de l'AE diminueront, et on pourrait discuter du bien-fondé de compenser ces réductions par l'introduction de nouvelles charges sociales perçues par les employeurs au titre de la santé.

Mme Deber: Je ne suis pas une spécialiste de la politique fiscale. Je pense qu'il s'agit davantage de déterminer le meilleur moyen pour le gouvernement fédéral de financer les recettes dont il a besoin, et je pense que cela n'a rien avoir avec les soins de santé. La question de déterminer de combien les soins de santé ont besoin est distincte de la question qui consiste à définir le meilleur moyen de recueillir la somme.

Le président: Je suis d'accord avec vous.

Mme Deber: Donc je ne répondrai pas.

M. Robinson: Les gouvernements n'ont pas de problèmes de recettes, mais ils ont plutôt des problèmes de dépenses. La réaffectation des ressources: 4 milliards de dollars pour les sociétés parasites; 13 milliards ont été accordés selon le vérificateur général à titre de financement discrétionnaire à DRHC sans que cela touche un programme social ou un transfert provincial au titre des soins de santé.

Le président: Donc vous procéderiez par réaffectation.

Ma deuxième et dernière question porte sur un aspect que nous avons abordé, le principe 20, que nous appelons la «garantie des soins», et elle s'énonce essentiellement comme suit: Si nous n'injectons pas suffisamment de fonds dans le système, si le

people get timely service, which they are not getting now — I think the evidence is clear on that — what is the solution to that problem? Our proposal was that at that point, you are really forced to consider a parallel system, if for no other reason than you simply cannot allow the system to deteriorate and have waiting lines get longer. What is the solution to the problem if in fact the waiting line situation is not capped in some form?

Mr. Kelly: At the beginning of the 1990s in British Columbia, waiting time was about six and a half weeks. At the end of the 1990s, it was about nine weeks.

The Chairman: You are talking about an average waiting time?

Mr. Kelly: The average waiting time across the 34 surgical procedures that we measured. British Columbia has the best continuous data on wait times in the country.

There had been deterioration during a period of massive change. There has since been significant refunding. I am not sure we should go overboard on the access problem.

Second, the system in the 1990s was operating at 98 per cent capacity. Systems operating under that kind of pressure and run into service withdrawals can take a very long time to recover. When Tom Closson, who now runs the Toronto hospitals, was the CEO in Victoria, he did an interesting analysis of the impact of nurse and physician strikes on wait lists. He demonstrated that it took a long time — months, even more than a year — to recover from a relatively short strike. We have a labour management problem to address if we want to deal with wait times.

I have said, let's get into contracting. I think that will significantly improve access. There may be a small private market as a result.

Senator Morin: British Columbia also sends patients to the U.S. for cancer treatment.

Mr. Kelly: That happened about 15 years ago.

Senator Morin: More recently than that.

Mr. Evans: It is actually about 12 years ago. That was for heart bypass surgery.

Senator Morin: I remember seeing that in the newspapers.

Mr. Kelly: Some B.C. patients chose to go to the U.S.

Senator Morin: It was a matter of waiting lists. I am sure of that.

système n'est pas restructuré de façon à ce que les gens puissent obtenir des services en temps opportun, et c'est ce qui se passe actuellement — et je pense que tout le monde est d'accord sur ce point — quelle est la solution au problème? Notre proposition était qu'une fois arrivés au point où nous en sommes, il faut envisager un système parallèle, si ce n'est que pour la raison que nous ne pouvons tout simplement pas laisser le système se détériorer davantage et laisser les files d'attente s'allonger encore. Comment solutionner le problème si on ne trouve pas le moyen d'imposer un plafond aux files d'attente?

M. Kelly: Au début des années 90, en Colombie-Britannique, les files d'attente étaient d'environ six semaines et demie. À la fin des années 90, elles étaient d'environ neuf semaines.

Le président: Vous voulez parler de la durée d'attente moyenne?

M. Kelly: La durée d'attente moyenne pour les 34 interventions chirurgicales que nous avons mesurées. La Colombie-Britannique possède les meilleures données continues sur les durées d'attente de tout le pays.

La situation s'était détériorée durant une période de changement massif. Mais depuis, on a injecté des fonds additionnels. Je pense que nous ne devrions pas nous emballer avec la question de l'accessibilité.

Deuxièmement, dans les années 90, le système fonctionnait à 98 p. 100 de sa capacité. Les systèmes qui fonctionnent avec ce genre de pression et qui doivent procéder à des retraits de services prennent beaucoup de temps à se rétablir. Lorsque Tom Closson, qui dirige aujourd'hui l'hôpital de Toronto, était le PDG à Victoria; il a réalisé une analyse intéressante des répercussions des grèves d'infirmières et de médecins sur les listes d'attente. Il a démontré qu'il fallait beaucoup de temps — des mois, et même parfois jusqu'à un an — pour rétablir la situation après une grève relativement courte. Nous devons nous attaquer à un problème de gestion des ressources humaines si nous voulons venir à bout du problème des files d'attente.

Comme je l'ai déjà dit, signons des contrats. Je pense que cela nous permettra d'améliorer énormément l'accessibilité. Il se peut que l'on crée ainsi un petit marché privé.

Le sénateur Morin: La Colombie-Britannique envoie des patients se faire soigner aux États-Unis pour des traitements contre le cancer.

M. Kelly: Cela s'est produit il y a environ 15 ans.

Le sénateur Morin: Plus récemment que cela.

M. Evans: En réalité, il y a environ 12 ans. C'était pour des chirurgies cardiaques.

Le sénateur Morin: Je me rappelle avoir vu cela dans les journaux.

M. Kelly: Certains patients de la Colombie-Britannique ont choisi de se faire soigner aux États-Unis.

Le sénateur Morin: C'était un problème de file d'attente. Je suis sûr de cela.

Mr. Evans: It is not widely reported that when the heart bypass surgery slots were made available in Seattle, it took about two years before they were all used up because many of the people on the waiting list said, "The problem is not that bad. I will wait and have it done here." It kind of defused the situation.

With cancer treatment in Quebec and Ontario, there are some interesting things coming out about the way the therapeutic radiology systems operate may or may not lead to the backing up of patients. That comes back to the issue of accountability, of evidence, and why the heck the system is so clogged up. It is not simply a matter of lack of capacity; it is how it is used.

Senator Morin: Despite the fact that the waiting lines have not changed, Quebec has closed down the U.S. option because of costs. It is not an improvement.

Mr. Evans: Hugh Walker at Queen's University has done a lot of interesting, detailed simulations of the way therapeutic radiology facilities work. He has identified many areas where you could significantly improve the throughput in the existing capacity without risk to patients. It does not happen because "We have always done it this way."

Ms Deber: Another thing that is crucial is the appropriateness guidelines. The cardiac care network, for example, has agreed-upon standards about who needs to be seen quickly. All waiting lists are not the same.

Perhaps I can offer a personal anecdote. My husband has cataracts. At some point, he will need cataract surgery. He was referred to a very good cataract surgeon who happens to have a clinic that accepts private patients. He is reputed to be a very technically good surgeon. My husband, who is a leading scientist and a pretty smart guy, goes in, and the guy gives him a one-minute visit and says, "Oh, absolutely, you need cataract surgery. Have you considered having the other eye done at the same time, which would of course not be paid for by OHIP, but it would be so much more convenient because you would not need glasses?" My husband was sufficiently put off by the encounter that he sought out a second opinion, and the second opinion was there is absolutely no need for you to have surgery. You will not need it for years.

Senator Morin: Did you report it to the Ontario College of Physicians?

Ms Deber: It is probably borderline.

M. Evans: Cette situation n'a pas été diffusée à grande échelle, mais lorsqu'il y a eu des possibilités de faire réaliser des chirurgies cardiaques à Seattle, il a fallu environ deux ans avant qu'elles soient toutes utilisées parce que bien des gens qui se trouvaient sur la liste d'attente se disaient: «Mon cas n'est pas si sérieux que cela. Je vais attendre et je subirai cette intervention ici.» Cela a eu pour effet de désamorcer la situation.

En ce qui concerne le traitement du cancer au Québec et en Ontario, on apprend qu'il serait intéressant d'examiner la façon dont les systèmes de radiothérapie sont exploités et que ce mode d'utilisation a peut-être une incidence sur la création de files d'attente pour les patients. Cela nous ramène à la question de la responsabilisation, de l'explication par les résultats et à nous demander pourquoi diable le système est-il tellement embourbé. D'après moi, il ne s'agit pas seulement d'un manque de capacité, mais aussi de la manière dont le système est utilisé.

Le sénateur Morin: Malgré le fait que les files d'attente n'ont pas bougé, le Québec a éliminé la possibilité d'avoir recours aux établissements américains en raison des coûts. Il ne s'agit pas là d'une amélioration.

M. Evans: Hugh Walker de l'Université Queen's a réalisé passablement de simulations détaillées intéressantes sur la façon dont les installations de radiothérapie fonctionnent. Il a déterminé de nombreux secteurs où l'on pourrait considérablement améliorer le volume de traitement avec la capacité existante sans risques pour les patients. Mais on ne se montre pas réceptif à ces suggestions parce que: «on a toujours fonctionné de cette façon.»

Mme Deber: Les lignes directrices relatives à la pertinence sont un autre aspect absolument essentiel à considérer. Le réseau de soins cardiaques, par exemple, a adopté des normes visant à déterminer les cas qui doivent être vus rapidement. Toutes les files d'attente ne sont pas astreintes aux mêmes conditions.

Peut-être que je peux vous raconter une anecdote. Mon mari souffre de cataractes. Un jour, il devra subir une intervention chirurgicale. On l'a dirigé vers un excellent chirurgien spécialiste de la cataracte qui travaille dans une clinique où l'on accepte des patients du secteur privé. Ce chirurgien a une excellente réputation sur le plan technique. Mon mari, qui est un chercheur de premier plan et un homme très intelligent, va voir le chirurgien en question qui, après un rapide examen d'une minute lui dit: «Oh, il est clair que vous avez besoin d'une chirurgie de la cataracte. Est-ce que vous avez pensé à faire opérer l'autre oeil en même temps? Bien sûr cela ne serait pas remboursé par la RAMO, mais ce serait tellement plus pratique pour vous parce que vous n'auriez plus besoin de lunettes?» Mon mari, passablement dérouté par cette conversation, a cherché à obtenir un deuxième avis, et le médecin qu'il a vu ensuite lui a dit qu'il n'avait absolument pas besoin d'une chirurgie pour le moment. Qu'il n'en aurait pas besoin avant des années.

Le sénateur Morin: Avez-vous signalé le cas à l'Ordre des médecins de l'Ontario?

Mme Deber: C'est probablement un cas à la limite.

Senator Morin: A two-minute examination on both eyes, non-necessary surgery; that is malpractice. You should report him. Your duty as a Canadian is to report him.

Senator Cordy: It has been reported. We are on television.

Ms Deber: The point I am making is that, particularly around elective procedures, there are certain things you might need done at some point but it is not clear when, and there are other times where it is absolutely critical that you have this done quickly or your health will suffer as a result. We do not have a way of separating them out. So I would say one of the very first things we should have is some sort of quality control for appropriateness, to ensure that when care would make a difference, it is timely. I think transparency and public pressure is critical. I would say there is a lot of working with patient groups and working with others to ensure that government's feet are held to the fire. That does not mean that every low-priority elective procedure has to have a care guarantee and jump to the front of the queue.

The Chairman: We would agree with that. On the other hand, when talking about holding the government's feet to the fire, there is nothing with which to do that. There is no downside for them, other than general political discontent. There is no critical pressure on them, which is what the care guarantee was designed for.

Ms Deber: A related subject is queuing theory, which says you are better off with single queues than with multiple queues. There must be a way to ensure that someone who needs care can get to the next available caregiver. We are talking about systems, networks and coordination. We are talking about ways of making sure that the care works well for the sake of the people who need it. It is feasible. There certainly have been cases where they have done this. The waiting lists have gone way down, appropriateness has gone up, and outcomes are affected.

The Chairman: Other than the Ontario care network, it is difficult to find examples.

Ms Deber: B.C. has had great success. B.C. cancer outcomes are better than those in most of the country.

Mr. Robinson: To pick up on that, from my experience on the foundation board, Cancer Care Ontario has had better outcomes in terms of moving people around the province.

I would add a caveat when you are dealing with a major procedure. In elective procedures, there are people who wait for hip and knee surgery for 18 months or may never get it because of

Le sénateur Morin: Un examen de deux minutes pour les deux yeux, une chirurgie inutile: c'est de la négligence professionnelle. Vous devriez le signaler. Votre devoir en tant que Canadienne est de signaler ce médecin.

Le sénateur Cordy: Elle l'a déjà fait. Nous sommes à la télévision.

Mme Deber: Ce à quoi je veux en venir c'est que, particulièrement en ce qui concerne les interventions facultatives, certaines peuvent être reportées à un moment qu'il est difficile d'établir avec exactitude, tandis que d'autres nécessitent d'être effectuées rapidement, sinon votre santé risque d'en souffrir. Nous ne disposons d'aucun moyen de faire la distinction entre les deux. Donc, l'une des premières choses dont nous devrions nous occuper serait de mettre en place un système de contrôle qualité pour ce qui est du bien-fondé de l'intervention, afin de nous assurer que lorsqu'une intervention est vraiment importante, elle sera faite en temps opportun. Je pense que la transparence et la pression du public jouent un rôle essentiel. Il reste beaucoup à faire pour empêcher le gouvernement de se traîner les pieds. Cela ne signifie pas qu'il faille brandir la garantie des soins pour toutes les interventions chirurgicales facultatives peu urgentes afin qu'elles se retrouvent au début de la file d'attente.

Le président: Je suis d'accord avec vous. D'un autre côté, lorsqu'il s'agit de forcer le gouvernement à s'acquitter de ses responsabilités, nous n'avons vraiment aucun moyen de le faire. Le gouvernement n'a rien à perdre, à part un mécontentement politique général. Il n'y a aucun moyen d'exercer une pression critique sur le gouvernement, et c'est la raison d'être de la garantie des soins.

Mme Deber: Je pourrais vous parler de la théorie des files d'attente selon laquelle il est préférable d'avoir une seule file d'attente que plusieurs. Il doit y avoir un moyen de faire en sorte qu'une personne qui a besoin de soins puisse s'adresser au prochain soignant disponible. Nous parlons de systèmes, de réseaux et de coordination. Nous parlons de moyens de faire en sorte que les soins fonctionnent bien pour les personnes qui en ont justement besoin. C'est faisable. Il y a certainement des cas où l'on a pu fonctionner de cette manière, où l'on a réussi à raccourcir les listes d'attente, à améliorer la pertinence des interventions et à affecter les résultats.

Le président: À part le réseau des soins de l'Ontario, il est difficile de citer des exemples.

Mme Deber: La Colombie-Britannique a eu d'excellents résultats. En effet, dans cette province, les traitements contre le cancer ont donné de meilleurs résultats que dans toutes les autres provinces.

M. Robinson: Pour revenir sur cette question, d'après mon expérience au sein du conseil fondateur, Action Cancer Ontario a obtenu de meilleurs résultats pour ce qui est de déplacer les personnes à l'intérieur de la province.

Si vous me permettez, je ferais une petite mise en garde en ce qui concerne les interventions chirurgicales importantes. Pour ce qui est des interventions facultatives, certaines personnes

age, treatment modality or pharmaceutical intervention. Define "major" as you work through that to mean "improved health outcome" or "dramatically improved health outcome" or "quality of life."

I am still cautious, tepid at best, about endorsing the entire theory of wage and price controls. When you set a price ceiling, it becomes the price floor, to a certain degree. If you set certain standards with a legislative imperative, then you perhaps build mediocrity into the system. Even if the guideline is eight weeks, we would like to get people in in four. System imperatives would say wait eight weeks until the penalty kicks in, and then deliver the procedure. The wage and price control approach might foster mediocrity as opposed to excellence. That is just a caveat; however, it is not to say do not look at it further.

The Chairman: I thank all of you for coming, particularly the two witnesses who came all the way from the West Coast. It has been a long but very productive four hours.

The committee adjourned.

attendent pour une chirurgie de la hanche ou du genou durant 18 mois et il arrive qu'elles n'obtiennent jamais cette intervention en raison de leur âge, de modalités de traitement ou d'une intervention pharmaceutique. Pensez à définir «importante», pendant que vous y êtes, pour que cela signifie «amélioration des résultats pour la santé» ou «amélioration radicale des résultats pour la santé» ou encore «qualité de vie».

Je demeure prudent, ou seulement tiède, en ce qui concerne l'adoption pure et simple de la théorie du contrôle des salaires et des prix. Lorsque l'on fixe un prix plafond, il finit par devenir un prix plancher, jusqu'à un certain point. Lorsque l'on fixe certaines normes dans le cadre d'une obligation législative, on risque d'introduire la médiocrité dans le système. Même si la ligne directrice prévoit huit semaines, peut-être que l'on voudrait que les personnes obtiennent leur intervention en quatre semaines. Les impératifs du système pourraient prévoir un délai de huit semaines avant qu'il y ait une sanction, et puis on offrirait l'intervention. L'approche du contrôle des salaires et des prix risque de favoriser la médiocrité plutôt que l'excellence. C'est seulement une mise en garde; je ne dis pas que nous ne devrions pas l'examiner plus avant.

Le président: Je vous remercie tous d'être venus, et particulièrement les deux témoins qui ont fait tout le chemin depuis la côte ouest. Ce furent quatre longues heures très productives.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Communication Canada – Publishing
Ottawa, Ontario K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Communication Canada – Édition
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

WITNESSES

From the University of Toronto, Department of Health Policy, Management and Evaluation:

Professor Raisa Deber.

From the University of British Columbia:

Professor Roberts G. Evans, Department of Economics and Centre for Health Services and Policy Research.

From the Canadian Taxpayers Federation:

Mr. Walter Robinson, Federal Director.

From the Conference Board of Canada:

Mr. Paul Darby, Director, Economic Forecasting.

As an individual:

Mr. David Kelly.

TÉMOINS

Du Département de la politique sanitaire, de la gestion et de l'évaluation des soins de l'Université de Toronto:

Mme Raisa Deber.

De l'Université de la Colombie-Britannique:

M. Robert G. Evans, Département des sciences économiques
Centre pour la recherche sur les services et les politiques
sanitaires.

De la Fédération des contribuables canadiens:

M. Walter Robinson, directeur fédéral.

Du Conference Board du Canada:

M. Paul Darby, directeur, Prévisions économiques.

À titre individuel:

M. David Kelly.

CA1
1026
-551



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, June 5, 2002

Issue No. 60

Fifty-seventh meeting on:
The state of the health care system in Canada

WITNESSES:
(See back cover)

Première session de la
trente-septième législature, 2001-2002

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 5 juin 2002

Fascicule n° 60

Cinquante-septième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Keon
* Carstairs, P.C.	* Lynch-Staunton
(or Robichaud, P.C.)	(or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Fairbairn, P.C., substituted for that of the Honourable Senator Christensen (*June 5, 2002*).

The name of the Honourable Senator Christensen substituted for that of the Honourable Senator Fairbairn, P.C., (*June 4, 2002*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Keon
* Carstairs, c.p.	* Lynch-Staunton
(ou Robichaud, c.p.)	(ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modification de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Fairbairn, c.p., substitué à celui de l'honorable sénateur Christensen (*le 5 juin 2002*).

Le nom de l'honorable sénateur Christensen substitué à celui de l'honorable sénateur Fairbairn, c.p. (*le 4 juin 2002*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, June 5, 2002
(71)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in room 705, Victoria Building, at 3:36 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Kirby, Morin, Pépin, Robertson and Roche (7).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the Committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 2.*)

WITNESSES:

From the Canadian Healthcare Association:

Ms Sharon Sholzberg-Gray, President and CEO;

Mr. Larry Odegard, CEO, Forum.

From the Canadian Association of Chain Drug Stores:

Ms Lori Turik, Vice-President, Public Affairs;

Ms Deb Saltmarche, Director of Pharmacy.

The Chair made a statement.

Ms Sholzberg-Gray made a statement. Ms Turik made a statement. The witnesses answered questions.

At 5:53 p.m. the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 5 juin 2002
(71)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 15 h 36, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Kirby, Morin, Pépin, Robertson et Roche (7).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale du système de soins de santé au Canada. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 2 du comité.*)

TÉMOINS:

De l'Association canadienne des soins de santé:

Mme Sharon Sholzberg-Gray, présidente et PDG;

M. Larry Odegard, PDG, Forum.

De l'Association canadienne des chaînes de pharmacies:

Mme Lori Turik, vice-présidente, Affaires publiques;

Mme Deb Saltmarche, directrice de la pharmacie.

Le président fait une déclaration.

Mme Sholzberg-Gray fait une déclaration. Mme Turik fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 17 h 53, le comité suspend ses travaux jusqu'à la nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, June 5, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3:36 p.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Today we will continue our discussion of the Canadian health care system. Our witnesses from the Canadian Healthcare Association, CHA, are Ms Sharon Sholzberg-Gray and Mr. Larry Odegard. With us from the Canadian Association of Chain Drug Stores, CACDS, are Ms Lori Turik and Deb Saltmarche. Welcome.

Ms Sharon Sholzberg-Gray, President and CEO, Canadian Healthcare Association: On behalf of the CHA's board of directors and our provincial and territorial members, I should like to thank you once again for the opportunity to appear before you. As you noted, Mr. Larry Odegard is with me today representing the CEOs of the provincial and territorial health and hospital organizations across the country that are the members of CHA. We would like to share with you some of our thoughts on volume 5 of your report.

Of the 20 principles that are contained in your report, we must say that we enthusiastically support 10 of those principles and recommendations. In my introductory remarks, I will not spend more time talking about those, although there are issues that we might want to discuss later. We must also say that we are cautious about the process of implementing eight more of the principles, while supporting them in substance. Finally, there are two principles, one related to service-based funding and one to internal markets, that do not have the support of the CHA's board of directors or of our provincial and territorial members.

Some weeks ago, when we sent you an earlier version of our brief, we said that we would have further discussions at our board meeting in May. We have had those discussions and have since confirmed the substance of the briefs that we sent to you weeks ago, with minor changes and additions in wording. I hope, though, that during the discussion period we will have the time to address all of the principles, because many of them are extremely important and we would like to say how much we appreciate the wording you have used in many of them.

First, I will speak to the issues of service-based funding and internal markets. Our association fundamentally disagrees with the proposal to change current hospital annual global budgets to service-based funding. Our concerns are many and they are

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 5 juin 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 36 pour étudier l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Aujourd'hui, nous allons poursuivre notre analyse du système de soins de santé du Canada. Nous allons entendre, de l'Association canadienne des soins de santé (ACS), Mme Sharon Sholzberg-Gray et M. Larry Odegard. De l'Association canadienne des chaînes de pharmacies (ACCP), nous avons avec nous Mme Lori Turik et Mme Deb Saltmarche. Soyez les bienvenus.

Mme Sharon Sholzberg-Gray, présidente-directrice générale, Association canadienne des soins de santé: Au nom du conseil d'administration de l'ACS et de nos membres provinciaux et territoriaux, je tiens à vous remercier une fois de plus de l'occasion qui nous est donnée de comparaître devant vous. Comme vous l'avez indiqué, M. Larry Odegard, qui m'accompagne aujourd'hui, représente les PDG des organismes de santé et hospitaliers provinciaux et territoriaux du pays qui sont membres de l'ACS. J'aimerais vous faire part de certaines des réflexions que nous inspire le volume 5 de votre rapport.

Votre rapport contient 20 principes, et nous devons dire que nous appuyons avec enthousiasme dix de ces principes et recommandations. Dans mes remarques liminaires, je n'y consacrerai pas beaucoup de temps puisque ce sont des enjeux sur lesquels nous pouvons revenir plus tard. Par ailleurs, la mise en œuvre de huit autres principes nous inspire des réserves, même si nous sommes d'accord avec eux sur le fond. Enfin, il y a deux principes, dont l'un a trait au financement fondé sur les services dispensés, et l'autre, aux marchés internes, qui n'ont pas l'appui du conseil d'administration de l'ACS ni de ses membres provinciaux et territoriaux.

Il y a quelques semaines, nous vous avons fait parvenir une version préliminaire de notre mémoire en vous disant que nous allions tenir d'autres discussions à l'occasion de la réunion de mai du conseil d'administration. Nous avons tenu ces discussions et confirmé depuis le fond des mémoires que nous vous avons fait parvenir il y a quelques semaines, avec des ajouts et des modifications mineurs. J'espère toutefois que nous aurons l'occasion, pendant la période de questions et de réponses, de nous intéresser à tous les principes. Nombre d'entre eux revêtent une extrême importance, et nous aimerions pouvoir dire à quel point nous apprécions la manière dont vous avez formulé bon nombre d'entre eux.

D'abord, je vais dire un mot du financement fondé sur les services dispensés et des marchés internes. Notre association est fondamentalement en désaccord avec la proposition de substituer au financement par budget annuel global des hôpitaux un

outlined in our background document. I will highlight a few of them now.

While our members enthusiastically support the need for a rational basis for health funding and to improve performance measurement, we dispute the committee's proposal that the best way to achieve these objectives is through service-based funding. Our members believe that the needed costing and performance initiatives outlined by the committee are occurring within existing global budgeting systems. Our members have raised a number of "reality check" issues related to shifting to an entirely service-based funding system. These include the fact that service-based funding supports the notion of sickness care rather than health care; it focuses on procedure-driven care rather than on comprehensive, integrated care, which is the aim of global funding; it does not lend itself to a population-needs-based approach; it requires costing data that does not yet exist, although hopefully it will in the immediate future; it can lead to government micromanagement; and it would not, in and of itself, decrease waiting times.

Global funding allows for the allocation of funds according to local needs and encourages efficiencies. A savings in one area can be distributed to another area of need. Accountability can be achieved within global funding by developing service agreements that include stated performance measures related to levels of services and outcomes, such as improving the health of individuals and communities.

The committee's report also suggests that service-based funding would lead to the development of centres of specialization for the provision of certain surgeries or treatment of certain conditions, particularly in large urban areas. We must say that we support the development of centres of specialization or centres of excellence, but we also believe this can and does occur within a global budgeting system.

While CHA's members agree with the committee that it is important, indeed critical, to develop robust costing data that will shape the health system, there are significant practical issues that need to be addressed outside the budgeting system for health services. The focus of the committee should be on encouraging case-costing initiatives to be used as performance indicators to benchmark activities and to improve performance, and not as a funding mechanism or a competition tool.

The second principle with which CHA's members fundamentally disagree is related to the development of internal markets. The committee suggests that internal markets, in which

financement fondé sur les services dispensés. Nos préoccupations sont nombreuses, et elles figurent dans le document d'information que nous vous avons fourni. Permettez-moi maintenant d'en souligner quelques-unes.

S'ils appuient avec enthousiasme le mouvement en faveur de la rationalisation du financement des soins de santé et de l'amélioration de la mesure du rendement, nos membres remettent en doute la proposition du comité selon laquelle le financement fondé sur les services dispensés est la meilleure façon de réaliser ces objectifs. Nos membres sont d'avis que les initiatives nécessaires touchant le rendement et l'établissement des coûts définies par le comité existent déjà en vertu des mécanismes actuels de financement par budget global. Nos membres ont également signalé plusieurs questions pratiques reliées au passage à un système uniquement orienté vers le financement fondé sur les services dispensés. Mentionnons notamment le fait que le financement fondé sur les services dispensés avalise la notion de soins aux malades plutôt que de soins de santé, qu'il met l'accent sur la procédure plutôt que sur des soins exhaustifs et intégrés, ce qui est précisément le but du financement global, qu'il ne se prête pas à une approche fondée sur les besoins de la population, qu'il exige des données sur les coûts qui n'existent pas même si, avec un peu de chance, on en disposera dans un avenir immédiat, qu'il conduit le gouvernement vers la microgestion et que, enfin, il n'aurait pas en soi pour effet de réduire les délais d'attente.

Le financement global permet d'allouer les fonds en fonction des besoins locaux et de favoriser les gains d'efficacité. On peut affecter les gains réalisés dans un secteur à un autre secteur où des besoins ont été observés. En vertu du régime de financement global, on peut assurer la reddition de comptes grâce à la conclusion de conventions de service prévoyant des mesures de rendement liées aux niveaux de service et aux résultats, par exemple l'amélioration de l'état de santé des particuliers et des collectivités.

Dans son rapport, le comité laisse également entendre que le financement fondé sur les services dispensés déboucherait sur la création de centres spécialisés pour la prestation de certaines interventions chirurgicales ou le traitement de certaines affections, en particulier dans les centres urbains. Nous sommes favorables à la création de centres spécialisés ou de centres d'excellence, mais nous croyons que de tels centres peuvent être et sont effectivement compatibles avec le régime fondé sur le financement global.

S'ils sont d'accord avec le comité pour dire qu'il est important, voir crucial, d'élaborer de solides données sur les coûts, capables de façonner le système de soins de santé, nos membres sont d'avis qu'il existe de graves problèmes pratiques à régler en marge du financement des services de santé. Le comité devrait se donner pour tâche d'encourager les initiatives d'établissement des coûts comme indicateurs de rendement permettant de comparer des activités et d'améliorer le rendement, et non comme mécanisme de financement ou outil concurrentiel.

Le deuxième principe avec lequel l'ACS est foncièrement en désaccord a trait à la création de marchés internes. Le comité laisse entendre qu'on devrait probablement créer des marchés

primary health care teams would purchase health services provided by hospitals and other health care institutions on behalf of their patients, should probably be created. We are heartened by the term "probably," because we hope this signals the committee's openness to reconsidering these principles. Our members have pointed to the failure of the internal markets created in the United Kingdom's Fundholder practices. It is our understanding that these internal markets are being abandoned in Britain, so we do not think we should copy what we consider to be a failed experiment.

Significant issues related to creating internal markets for health services have been identified. These include the need for an excess capacity of health providers and facilities to create competition. At this time of global shortages of health providers and constrained physical capacity, we need to focus, not disperse, our limited pool of resources. Internal markets, particularly those related to primary care groups, can create another level of bureaucracy and could be a barrier to the implementation of primary health care reform, which we have been talking about for 50 years. Internal markets can also provide an easy scapegoat such that government's funding decisions are blamed on providers. I am sure you have heard previous testimony about "cream skimming," which is the logical outcome of internal markets.

We are also concerned that the focus on the patient and the need for access to services can be lost, particularly when striving for the lowest cost. We are also concerned, frankly, about the destabilization of existing hospitals. Hospitals cannot operate on a stop-and-go approach. They cannot have short-term contracts where, for example, they have an orthopedic department one year and then lose it the next. In our opinion, internal markets, particularly small clinics that deliver services that hospitals are delivering efficiently today, would not work.

You cannot create competition when there is only one service provider and your choice is to receive service in only one place. To quote one of our members, "We have a lot of choice: It is Saint John's or Saint John's." Let's talk about the issue of excess capacity. There is excess capacity in health services in the United States. Excess capacity drives up costs; it does not drive them down. Empty beds cost a great deal of money.

Overall, CHA is not aware of evidence that would support the development of internal markets. Our members believe that there are alternatives to internal markets that will help improve efficiencies, such as primary health care reform, which you have mentioned; new models of physician remuneration; better information tracking and performance measurement; the development of electronic health records; and evidence-based

internes dans le cadre desquels des équipes de soins primaires feraient l'acquisition de soins de santé fournis par des hôpitaux et d'autres établissements de santé, au nom de leurs patients. Nous avons été réconfortés par l'emploi du mot «probablement», parce que nous espérons qu'il indique que le comité est ouvert à l'idée de revenir sur ces principes. Nos membres ont fait valoir l'échec des marchés internes créés au Royaume-Uni pour les omnipraticiens détenteurs d'une enveloppe budgétaire. Nous croyons savoir qu'on abandonne cette idée au Royaume-Uni. Nous voyons mal pourquoi nous devrions reproduire une expérience considérée comme un échec.

On a défini de graves problèmes liés à la création de marchés internes pour les services de santé, notamment le besoin d'une capacité excédentaire de centres et de fournisseurs de santé pour favoriser la concurrence. En cette époque de pénuries généralisées de fournisseurs de services de santé, où la capacité matérielle est par ailleurs restreinte, nous devons concentrer, et non disperser, les ressources limitées dont nous disposons. Les marchés internes, particulièrement ceux qui ont trait au groupe de soins primaires, peuvent créer un nouveau niveau de bureaucratie, lequel pourrait faire obstacle à la mise en oeuvre de la réforme des soins primaires, dont nous parlons depuis 50 ans. Les marchés internes peuvent également constituer un bouc émissaire commode, au point où le gouvernement pourra imputer aux fournisseurs de services la responsabilité des décisions prises en matière de financement. Je suis certaine que des témoins antérieurs ont évoqué l'«écremage», conséquence logique des marchés internes.

Nous craignons également que l'on ne perde de vue l'accent mis sur le patient et la nécessité de l'accès aux services, particulièrement dans le contexte de la lutte pour la réduction des coûts. Franchement, nous craignons aussi la déstabilisation des hôpitaux existants. On ne peut demander aux hôpitaux de fonctionner par intermittence. Ils ne peuvent conclure des contrats à court terme en vertu desquels, par exemple, ils auraient un service orthopédique une année pour le perdre aussitôt l'année suivante. À notre avis, les marchés internes, particulièrement les petites cliniques qui offrent des services que les hôpitaux proposent aujourd'hui de façon efficiente, ne fonctionneraient pas.

Impossible de créer de la concurrence là où il n'y a qu'un seul fournisseur de services, et vous choisissez de vous approvisionner à un seul endroit. Pour reprendre les mots d'un de nos membres: «Nous avons beaucoup de choix: c'est Saint John's ou Saint John's.» Disons maintenant un mot de la question de la capacité excédentaire. Il existe une capacité excédentaire dans les services de santé aux États-Unis. Cette dernière exerce une pression à la hausse sur les coûts; elle n'a pas pour les faits de les abaisser. Les lits inoccupés coûtent cher.

Dans l'ensemble, l'ACS ne dispose d'aucune donnée justifiant la création de marchés internes. Nos membres sont d'avis qu'il existe des solutions de rechange au marché interne qui permettraient d'améliorer l'efficacité, par exemple la réforme des soins primaires, à laquelle vous avez fait allusion, de nouveaux modèles pour la rémunération des médecins, un suivi de l'information et une mesure du rendement plus efficace, la

approaches, so that we can always provide appropriate care. We think this is the way to go, rather than using internal markets as the panacea — somehow the saviour.

Finally, I should like to speak briefly on the issue of options for increasing federal revenue. We have presented to you in the past, I believe, our policy brief on the private/public mix in the Canadian health care system. In that we deal with many of the myths and realities of the system. The committee's earlier reports have done that too. One such myth is that public expenditures on health care services in Canada are some of the highest amongst the OECD countries. Another myth concerns the denominator effect in health spending, whereby decreases in overall government spending automatically make spending on health look higher. Sometimes health spending looks like it is going through the roof when in real per-capita terms it is staying even. The reality is that in real per-capita terms, health care spending in this country has only gone up 1 per cent per year over the last 10 years.

We have also suggested looking at tax cuts versus an investment in health. We have pointed to the competitive advantage our publicly funded health system provides. We have noted that everyone knows that individual Canadians are the ultimate source of funding, whether through taxes or out-of-pocket expenses. We have heard much about the mythical businesses and employers who wish to increase their health costs. We have said — and actually the committee's report seems to say this also — that increased private sector funding is not the answer and not a panacea.

Let us look at the issue of private delivery. We raised some of these issues when we talked about internal markets. I must say at the outset that in our brief on private/public funding and delivery in Canada's health system, we say that private delivery is not inherently evil — not at all. There is room for it here and there, within strict guidelines and accountability frameworks. However, it is not the magic answer. In fact, we are suspicious of any magic answers. We have concerns about compromises on quality jeopardizing accessibility; about cream-skimming; and anything else that involves excess capacity at a time of a shortage of health human resources.

It is interesting to note that there is currently a great deal of talk in Canada about increasing the number of private hospitals in our system, without noting that, in the United States, which has perhaps the most entrepreneurial system in the world, only

création de dossiers médicaux électroniques et, enfin, des approches fondées sur des données probantes, de façon que nous puissions toujours assurer des soins appropriés. C'est, croyons-nous, la solution la plus appropriée, préférable en tout cas au recours à des marchés internes considérés comme la panacée — la planche de salut, en quelque sorte.

Enfin, j'aimerais dire un mot de la question des options qui s'offrent pour l'accroissement des recettes fédérales. Nous vous en avons parlé par le passé, je crois, dans le mémoire stratégique sur la cohabitation des secteurs privé et public au sein du système canadien de soins de santé que nous vous avons fait parvenir. Dans ce document, nous nous intéressons à bon nombre de réalités et de mythes entourant le système. Dans ses rapports antérieurs, le comité a fait la même chose. L'un de ces mythes, c'est que, au Canada, les dépenses publiques affectées aux soins de santé comptent parmi les plus élevées des pays membres de l'OCDE. L'autre mythe a trait au dénominateur commun des dépenses affectées à la santé, à savoir que toute diminution des dépenses gouvernementales globales fait automatiquement en sorte que les dépenses affectées à la santé paraissent plus élevées. Parfois, on a l'impression que les dépenses affectées à la santé augmentent de façon exponentielle alors que, en réalité, les dépenses réelles par habitant demeurent stables. La réalité, c'est que, par habitant, les dépenses affectées à la santé au pays ont augmenté de seulement 1 p. 100 au cours des dix dernières années.

Nous avons également proposé d'étudier la possibilité d'accorder des allègements fiscaux au lieu d'investir dans la santé. Nous avons fait valoir l'avantage concurrentiel offert par notre système de soins de santé publique. Chacun sait, avons-nous souligné, que ce sont les Canadiens qui, en dernière analyse, sont la source du financement, que ce soit par le truchement de leurs impôts ou de montants versés de façon ponctuelle. On nous a rebattu les oreilles avec les entreprises et les employeurs mythiques qui souhaitent accroître leurs dépenses de santé. Nous avons dit — et le comité semble aussi l'affirmer dans son rapport — qu'un financement accru de la part du secteur privé n'est pas la solution et n'est pas non plus une panacée.

Parlons maintenant de la question de la prestation de services par le secteur privé. Nous avons soulevé certains de ces problèmes relativement aux marchés internes. D'entrée de jeu, je précise que nous avons affirmé, dans notre mémoire sur la prestation de soins et le financement privé ou public au sein du système canadien de soins de santé, que la prestation de soins par le secteur privé n'est pas en soi un mal — tant s'en faut. Elle a sa place ici et là, pour peu qu'elle obéisse à des lignes directrices et à des cadres additionnels stricts. Cependant, on ne doit pas y voir une réponse magique. En fait, toute réponse magique nous inspire des réserves. Ce qui nous inquiète, ce sont les compromis sur la qualité qui risquent de compromettre l'accessibilité, l'écrémage et toute mesure susceptible de créer une capacité excédentaire malgré la pénurie de ressources humaines en santé qui perdure.

Il est intéressant de constater qu'il est beaucoup question au Canada d'accroître le nombre d'hôpitaux privés dans notre réseau, sans égard au fait que, aux États-Unis, où on trouve peut-être le réseau le plus axé sur l'entreprise privée au monde,

10 per cent of hospitals are private for-profit, while 70 per cent are private not-for-profit and 20 per cent are publicly owned. They have much private sector involvement on the funding and payer side, but on the delivery side, only 10 per cent of American hospitals are private for-profit because they know there is not much money to be made in the delivery of complex care.

They are also paying for all of those empty beds that I talked about earlier.

Let's look at increased federal revenues. I want to refer for a second to the issue of premiums. I notice that, in most reports, premiums are on the same line as user fees. We want to make it clear that we understand premiums to be a regressive tax for individuals or an increased business cost for employers, and we would urge the committee to make it clear that premiums are really a form of taxation. That is an important point to note, but we are not making a comment about it one way or another. In our last appearance before the committee in March, however, we did say that we opposed a targeted health tax because we were concerned about a full array of targeted taxes that would tie government's hands in terms of the future expenditure needs in this country. For instance, there might be new social or other needs that the government must spend money on that would also enhance the health of Canadians, and we would not want to restrict governments to collecting taxes for particular purposes.

We are concerned that volume 5 focuses almost exclusively on hospitals and doctors' services, although you make the point that that was the intent, and yet you recognize that the major cost drivers are outside this range of services. We are concerned that the other principles be addressed in a thematic way, because what we want to see in the end is a blueprint, a template, for an integrated health system that looks at the wide range of services to which Canadians need access and the ways in which those services can be funded and delivered: Some of them, as you note, provided on a publicly funded basis within the principles of the Canada Health Act; another group of services where there might be mixed opportunities within the publicly funded system; and then another group that will probably have to be privately funded entirely. It seems to me, though, that we must still look at things in an integrated way, or else Canadians' health needs will never be met.

In closing, I wish to say that our association, representing the people who deliver and manage health services in this country, that is, not the government but those who are involved in the community governance of our health system — something we should not lose sight of — feels that we are in a unique position to offer advice. After all, our members are the ones who will have to

seulement 10 p. 100 des hôpitaux sont des hôpitaux privés à but lucratif, tandis que 70 p. 100 d'entre eux sont des établissements privés sans but lucratif et que 20 p. 100 sont publics. Le secteur privé intervient beaucoup du point de vue du financement et du payeur, mais, pour ce qui est de la prestation, seulement 10 p. 100 des hôpitaux américains sont des établissements privés à but lucratif parce qu'on sait très bien qu'il n'y a pas de grands profits à réaliser dans la prestation de soins complexes.

On doit aussi faire les frais de tous les lits inoccupés auxquels j'ai déjà fait allusion.

Intéressons-nous maintenant à la question des recettes fédérales. J'aimerais attirer votre attention un instant sur la question des cotisations. Je remarque que, dans la plupart des rapports, on assimile les cotisations à des frais d'utilisation. Nous tenons à établir clairement que, selon nous, les cotisations constituent un impôt régressif pour les particuliers ou un coût de fonctionnement additionnel pour les employeurs. Nous invitons le comité à indiquer sans ambiguïté que les cotisations représentent en réalité une forme d'impôt. Il s'agit d'un constat important, mais nous ne portons pas de jugement, ni dans un sens ni dans l'autre. À l'occasion de notre dernière comparution devant le comité en mars, cependant, nous avons dit que nous nous opposons à un impôt ciblé pour la santé à cause des inquiétudes que suscite en nous la création de tout un éventail de taxes ciblées qui aurait pour effet de lier les mains du gouvernement relativement à de futures dépenses affectées à la santé au pays. Par exemple, le gouvernement pourrait être appelé à investir pour répondre à de nouveaux besoins sociaux ou autres, de manière à améliorer l'état de santé des Canadiens, et nous ne souhaitons pas astreindre les gouvernements à prélever des impôts pour des fins particulières.

Le fait que le volume 5 porte presque exclusivement sur les hôpitaux et les services offerts par des médecins nous inquiète, même si vous affirmez que telle n'était pas votre intention. Pourtant, vous admettez que les principaux facteurs qui génèrent des coûts se trouvent en marge de cet éventail de services. Le fait que les autres principes soient abordés de façon thématique nous préoccupe puisque ce que nous voulons, en fin de compte, c'est un plan, un modèle de système de soins de santé intégré tenant compte de toute la gamme de services dont les Canadiens ont besoin ainsi que des moyens de financer et de dispenser de tels services: certains, comme vous le soulignez, seraient financés publiquement, conformément aux principes de la Loi canadienne sur la santé; d'autres se prêteraient à des formes mixtes de prestation au sein du système public; enfin, certains devraient probablement être entièrement financés par le secteur privé. Il me semble toutefois que nous devrions voir les choses de façon intégrée, faute de quoi on ne répondra jamais aux besoins des Canadiens.

En conclusion, je tiens à préciser que notre association, qui représente les personnes qui, au pays, ont charge d'administrer et de fournir les services de santé, pas le gouvernement, mais bien les personnes associées à la gouvernance communautaire de notre système de soins de santé — aspect qu'on ne devrait pas perdre de vue — estime être en position unique de donner son avis. Après

implement any solutions that people propose, and we want to be at the forefront of any system renewal. We look forward to a continuing discussion.

The Chairman: Thank you for your opening presentation and your brief. There will be a number of issues we want to talk to you about.

Ms Lori Turik, Vice-President, Public Affairs, Canadian Association of Chain Drug Stores: Thank you for the opportunity to provide input on implementing the principles for restructuring and financing the health care system, specifically the drug programs, in Canada. I should like to take a moment to introduce Deb Saltmarche, our CACDS Director of Pharmacy, who is also a community pharmacist and is here to answer questions during our discussion.

On behalf of our members, let me begin by commending the committee on its thorough, cogent and consultative approach to examining health care reform in Canada. We sincerely appreciate that.

Before I begin the formal presentation, I should like to emphasize two key facts about pharmacy. Retail pharmacy is a unique part of the health care system because it offers a public-private partnership for the delivery of quality health services that are valued by the public and are highly accessible. These services contribute directly to the Canadian economy, and in turn sustain the health care system from which we all benefit. We also appreciate the committee's recognition that community pharmacy in Canada is an under-utilized resource that has the capacity to help contain costs, improve patient outcomes and contribute to the sustainability of the national health care system.

In the remainder of the presentation, we will focus our discussion on three key principles from volume 5, areas where we believe chain pharmacy has a key role in implementation and can offer for your consideration some solutions. These would include health services not covered under the Canada Health Act, primary care renewal and a national health human resources strategy.

On the question of whether prescription drugs should be funded through public or private insurance, I should like to make the following three main points.

First, we believe that the most efficient approach to addressing gaps in drug coverage is to build upon the existing public-private insurance infrastructure and extend public insurance both to individuals whose lack of insurance for medically necessary drugs is a barrier to appropriate treatment, and individuals who require high-cost drugs for serious conditions that exceed their ability to pay; second, that fully involving pharmacists in collaboration with other primary care providers in optimal drug use management will contain drug costs and offset pressures in

tout, nos membres sont ceux qui auront pour tâche de mettre en œuvre d'éventuelles solutions proposées, et nous tenons à être à l'avant-plan de tout renouvellement du système. Nous attendons avec impatience de poursuivre la discussion avec vous.

Le président: Merci de vos propos liminaires et de votre mémoire. Il y a un certain nombre de questions sur lesquelles nous souhaiterions revenir avec vous.

Mme Lori Turik, vice-présidente, Affaires publiques, Association canadienne des chaînes de pharmacies: Merci de l'occasion qui nous est donnée de donner notre avis sur la mise en œuvre des principes de restructuration et de financement du système de soins de santé, en particulier les programmes d'assurance-médicaments, au Canada. Je profite de l'occasion pour vous présenter Deb Saltmarche, directrice de la pharmacie de l'Association canadienne des chaînes de pharmacies (ACCP), qui est aussi pharmacienne communautaire. Elle est là pour répondre à vos questions.

Au nom de nos membres, permettez-moi d'abord de féliciter le comité de l'approche exhaustive, réfléchie et consultative de l'examen de la réforme des soins de santé qu'il a adoptée. Nous l'apprécions au plus haut point.

Avant de passer aux présentations officielles, j'aimerais faire ressortir deux faits clés concernant les pharmacies. Les pharmacies de détail constituent un élément unique du système de soins de santé dans la mesure où elles reposent sur un partenariat public-privé pour la prestation de services de santé de qualité à la fois appréciés par le public et grandement accessibles. Ces services contribuent directement à l'économie canadienne et, du même souffle, soutiennent le système de soins de santé dont nous bénéficions tous. Nous sommes également reconnaissants au comité d'avoir admis que les pharmacies communautaires du Canada constituent une ressource sous-utilisée ayant la capacité de contribuer à la compression des coûts, à l'amélioration des résultats pour les patients et à la fiabilité du système national de soins de santé.

Dans le reste de notre présentation, nous allons cibler dans notre analyse trois principes clés énoncés dans le volume 5, secteurs où, croyons-nous, les chaînes de pharmacies ont un rôle clé à jouer au stade de la mise en œuvre et où elles sont en mesure de vous soumettre certaines solutions. Je fais référence aux services de santé non visés par la Loi canadienne sur la santé, au renouvellement des soins primaires et à une stratégie nationale sur les ressources humaines en santé.

Sur la question de savoir si les médicaments d'ordonnance devraient être financés par les régimes d'assurance publics ou privés, j'aimerais soulever les trois points suivants.

Premièrement, nous pensons que l'approche la plus efficace pour pallier les lacunes au titre de l'assurance-médicaments consiste à étoffer l'infrastructure existante d'assurance publique et privée et à offrir une assurance publique aux particuliers pour qui l'absence d'assurance pour des médicaments médicalement nécessaires représente un obstacle au traitement et ceux qui, atteints d'une maladie grave, ont besoin de médicaments coûteux qu'ils n'ont pas les moyens de se payer; deuxièmement, le fait d'associer les pharmaciens à d'autres fournisseurs de soins

other areas of the system; and third, we believe that the federal government will need to share in the costs of an extended drug safety net.

The fundamental goal of —

The Chairman: Please make your points, but I do not think you need to read the full 15 pages. I want to ensure we have time for questions.

Ms Turik: The fundamental goal of drug program reform on a national level must be optimal drug utilization to achieve quality health outcomes and sustain costs. The key factors we would encourage you to consider are a public-private blend of insurance for medications. A universal public drug program for all Canadians would place unsustainable pressures on the system, result in increased rationing of drug therapies and restricted access to new and more efficacious drugs, and cost shifting to individuals, which would have negative consequences for patient care. To achieve the goal of access, we believe that the safety net is required and that the public system should be the payer of last resort.

We believe that the common drug review process now in development and formulary harmonization may present made-in-Canada opportunities for reducing administration and ensuring consistency across provincial plans. Most importantly, the formulary decisions must be based on outcomes evaluation, including pharmaco-economic assessments and increased post-marketing surveillance. Another means for creating consistency may be to conduct a national review of provincial special benefits programs for serious, high-cost diseases, with possible harmonization across the country. We also strongly advise that in order to have a viable private insurance market, competition among private insurers must be retained.

How should enhanced public drug insurance coverage be financed? We know that access to appropriate drug therapy and collaboration between prescribers and pharmacists will reduce costs in other areas of the health care system such as physician visits and hospitalizations, and can significantly contribute to improved health outcomes. Thus, health care finances must be, in our view, patient centred and allocated and based on consideration of the entire system, not on a silo approach.

We would also encourage the committee to consider administrative options that have proven effective in improving efficiencies and reducing avoidable costs while improving the quality of drug therapy. Administrative options will complement

primaires pour assurer une gestion optimale de la consommation de médicaments aura pour effet de contenir les coûts des médicaments et d'alléger les pressions qui s'exercent sur d'autres secteurs du système; et troisièmement, nous pensons que le gouvernement fédéral devra assumer une partie des coûts associés à un filet de sécurité bonifié pour les médicaments.

L'objectif fondamental de...

Le président: Je vous invite à dire ce que vous avez à dire, et je ne pense pas qu'il soit nécessaire de lire intégralement les 15 pages de votre mémoire. Je tiens à m'assurer que nous aurons du temps pour les questions.

Mme Turik: L'objectif fondamental de la réforme de l'assurance-médicaments au niveau national doit être l'utilisation optimale de médicaments pour obtenir des résultats de qualité pour la santé et contenir les coûts. Un régime mixte d'assurance pour les médicaments, c'est-à-dire un régime à la fois public et privé, est la principale piste de solution que nous vous invitons à envisager. Un régime universel d'assurance-médicaments pour l'ensemble des Canadiens exercerait des pressions intenable sur le système et entraînerait un rationnement accru des pharmacothérapies et un accès réduit à des médicaments nouveaux et plus efficaces, sans compter que les coûts seraient refilés aux particuliers, ce qui aurait un effet négatif sur les soins aux patients. Pour atteindre l'objectif lié à l'accès, nous pensons qu'un filet de sécurité est nécessaire et qu'on devrait faire appel au régime public en dernier recours.

Nous pensons que la démarche commune d'examen de l'assurance-médicaments en cours et l'harmonisation des formulaires constituent une occasion d'apporter une solution toute canadienne aux problèmes de la réduction de l'administration et de la cohérence des régimes provinciaux. Fait plus important, on doit fonder les décisions relatives aux formulaires sur l'évaluation des résultats, y compris des évaluations pharmaco-économiques et une meilleure surveillance postérieure à la mise en marché. Procéder à un examen national des programmes provinciaux d'avantages spéciaux prévus pour les maladies graves à coût élevé, en vue d'une éventuelle harmonisation partout au pays, constitue un autre moyen d'assurer l'uniformité. Pour assurer un marché viable de l'assurance privée, nous sommes fermement convaincus qu'il faut préserver la concurrence entre assureurs privés.

Comment financer un régime d'assurance-médicaments public amélioré? Nous savons que l'accès à des pharmacothérapies appropriées et la collaboration entre médecins prescripteurs et pharmaciens entraînera une réduction des coûts dans d'autres secteurs du système de soins de santé, par exemple les visites chez le médecin et les hospitalisations, ce qui peut contribuer grandement à l'amélioration des résultats pour la santé. Ainsi, les dépenses affectées aux soins de santé doivent être, à notre avis, axées sur les patients et fondées sur une approche tenant compte de l'ensemble du système, et non sur une approche cloisonnée.

Nous invitons le comité à envisager des solutions administratives qui ont fait leurs preuves en permettant la réalisation de gains d'efficacité et en réduisant les coûts évitables, tout en améliorant la qualité des pharmacothérapies.

effective medication use. Cost sharing with consumers is an administrative measure that can control costs without creating a barrier to appropriate drug therapy. However, we caution that cost-sharing measures must not place undue burdens on patients that would prevent them from seeking appropriate care.

To achieve a balance between responsible use and access to therapy, approaches should be considered on a combination of individual means and medication use, up to a maximum.

On the supply side, the most effective way to control prices over the long term is to retain competition in the supplier marketplace. Low-cost alternative programs, such as those in Alberta and Quebec, have demonstrated success in providing the "best possible price." In contrast, the bulk purchasing models, where there is one manufacturer for each molecule, decreases competition and leads to cost rebounds. Bulk purchasing will negatively affect compliance because patients will be required to switch from medications on which they were once stabilized. We believe that we should consider further expansions to improve and expedite the use of generic medications.

Electronic health records would also enable the dissemination of prescribing guidelines and retrospective drug utilization reviews to evaluate the correct drug use patterns based on quality standards. Chain pharmacies have an extensive IT infrastructure that links with the provincial and private drug plans and could form a building block in this regard.

To ensure equity, those who benefit from an integrated health infrastructure must share the costs and risks. The central goal of the national pharmacare initiative must be optimal drug therapy.

We would like to convey our views about how community pharmacy could be integrated into primary care renewal. We would encourage you to consider certain key factors.

Positive incentives need to be created for pharmacy primary care services that encompass both the distribution of the product as well as the clinical services to improve medication use and outcomes. Second, it is essential to integrate primary care providers based on maximum utilization of existing scopes of practice before determining the need to expand scopes. Third, approaches to integrating community pharmacy must be flexible enough to adapt to different models. Fourth, the most efficient, cost-effective approach to integration is utilization of the existing community-based pharmacy infrastructure.

Des solutions administratives serviront de complément à l'utilisation efficace des médicaments. Le partage des coûts avec les consommateurs est une mesure administrative pouvant permettre de contrôler les coûts, sans faire obstacle aux pharmacothérapies indiquées. Cependant, nous tenons à préciser que les mesures de partage des coûts ne devraient pas avoir pour effet de faire peser sur les patients des préjudices indus qui auraient pour effet de les dissuader de rechercher les soins appropriés.

Pour établir un équilibre entre l'utilisation responsable et l'accès aux thérapies, on devrait envisager des approches tenant compte des moyens de chacun et de l'utilisation des médicaments, et prévoir un plafond.

En ce qui concerne l'offre, le moyen le plus efficace de contrôler les prix à long terme consiste à préserver la concurrence au sein du marché des fournisseurs. Les programmes de médicaments de rechange à faible coût, par exemple ceux de l'Alberta et du Québec, ont montré qu'ils permettaient d'obtenir le «plus bas prix possible». Par comparaison, les modèles d'achat en vrac, en vertu desquels il existe un fabricant pour chaque molécule, ont pour effet de réduire la concurrence et se traduisent par des remontées des prix. L'achat en vrac aura un effet négatif sur la conformité puisque les patients seront tenus de renoncer à des médicaments ayant permis de stabiliser leur état. Nous pensons que nous devrions envisager de nouvelles mesures visant à améliorer et à accélérer le recours à des médicaments génériques.

Des dossiers médicaux électroniques permettraient également la diffusion de lignes directrices sur la prescription et des examens rétrospectifs de l'utilisation de médicaments pour évaluer les habitudes de consommation de médicaments appropriées en regard de normes de qualité. Les chaînes de pharmacie, qui disposent d'une infrastructure de TI poussée qui les relie aux régimes d'assurance-médicaments privés et provinciaux, pourraient servir de tremplin à une telle démarche.

Pour assurer l'équité, on doit faire en sorte que les personnes avantagées par une infrastructure de la santé intégrée partagent les coûts et les risques qui s'y rattachent. L'initiative nationale dans le dossier de l'assurance-médicaments doit avoir pour objectif central l'utilisation optimale des médicaments.

Nous aimerions vous faire part de nos vues sur l'intégration possible des pharmacies communautaires au renouvellement des soins primaires. Nous vous encourageons à soupeser certains facteurs clés.

On doit créer des incitatifs positifs pour les soins primaires assurés par les pharmacies, notamment la distribution des produits, mais aussi des services cliniques visant à améliorer l'utilisation des médicaments et les résultats. Deuxièmement, il est essentiel d'intégrer les fournisseurs de soins primaires sur la foi d'une utilisation optimale des champs d'activité existants, avant de conclure à la nécessité d'élargir les champs d'activité. Troisièmement, les approches visant à intégrer les pharmacies communautaires doivent être suffisamment souples pour épouser divers modèles. Quatrièmement, l'utilisation d'une infrastructure existante des pharmacies communautaires constitue l'approche la plus efficiente et la plus rentable de l'intégration.

I would like to highlight that consumer choice drives pharmacies to compete based on delivering patient-focused products and services at a very reasonable price. Also, capital infrastructure and human resources in community pharmacies are financed privately and provided to the public at no cost, representing a significant cost avoidance for the publicly funded health care system.

The chief barrier to integrating community pharmacy is not physical location. It is the absence of mechanisms to enable timely, consistent communications and collaboration.

I will now address the principle of adequate supply and optimal use of health care providers. We believe that the full utilization of pharmacists in provision of primary care services is contingent on an adequate and stable supply of pharmacists. We believe the federal government's leadership is required to foster and expedite a national pharmacist human resources strategy to resolve the current national shortage, to monitor labour market trends and plan to provide an adequate supply in Canada.

There is an immediate need to increase pharmacist enrolment and to move towards self-sufficiency in pharmacist resources. As models of health care become integrated and multidisciplinary, the federal government must work with their provincial counterparts, academic institutions and health professionals on national, cross-disciplinary health human resources planning to most effectively meet the anticipated changes in patient care needs. The supply, mix of providers and scopes of practice must be guided by evidence about the resources required to achieve positive outcomes at an affordable price.

We would be glad to take your questions.

The Chairman: Before turning to questions, I want to make one observation about the statement from the Canadian Healthcare Association. Thank you very much for the material at the back of your brief regarding the principles with which you agree, but nevertheless have some cautionary notes on implementation. That is exactly the kind of thing for which we are looking. That is very helpful to us.

For the record, I will mention that we want to focus on your views, not so much on the internal market. As you correctly said, we were less definitive on that principle than we were on the service-based funding. You are the first institutional providers to come out against service-based funding. All the other evidence, whether from CEOs of regional health authorities or university teaching hospitals — quite a cross-section of people — have substantially favoured service-based funding. We need to get into that in some depth.

Je tiens à souligner que la liberté de choix des consommateurs oblige les pharmacies à se livrer concurrence en fournissant des produits et des services axés sur les patients à un prix très raisonnable. De même, les infrastructures et les ressources humaines des pharmacies communautaires sont financées par le secteur privé et accessibles gratuitement au public, ce qui évite des coûts considérables au système public de soins de santé.

Le principal obstacle à l'intégration des pharmacies communautaires n'est pas l'emplacement physique. C'est plutôt l'absence de mécanismes qui favorisent une communication et une collaboration opportunes et constantes.

Je vais maintenant dire un mot du principe de l'offre adéquate et de l'utilisation optimale des fournisseurs de soins de santé. Nous sommes d'avis que l'utilisation optimale des pharmaciens relativement à la prestation de soins primaires est fonction d'une offre stable et adéquate de pharmaciens. Nous pensons que le gouvernement fédéral doit faire preuve de leadership pour favoriser et accélérer la mise en œuvre d'une stratégie nationale sur les ressources humaines en pharmacie pour pallier la pénurie nationale actuelle, suivre les tendances du marché du travail et planifier pour assurer une offre adéquate au Canada.

On doit augmenter immédiatement le nombre d'inscriptions en pharmacie et, relativement aux ressources en pharmacie, évoluer vers l'autosuffisance. Comme les modèles de soins de santé sont de mieux en mieux intégrés et de plus en plus multidisciplinaires, le gouvernement fédéral doit, de concert avec ses homologues provinciaux, les établissements d'enseignement et les professionnels de la santé, définir un plan national interdisciplinaire des ressources humaines en santé pour répondre de façon efficace à l'évolution prévue des besoins en soins des patients. L'offre, la répartition des fournisseurs et les champs d'activité doivent reposer sur des données relatives aux ressources nécessaires à l'obtention de résultats positifs à un prix abordable.

Nous nous ferons un plaisir de répondre à vos questions.

Le président: Avant de passer aux questions, je tiens à faire une observation au sujet du témoignage de l'Association canadienne des soins de santé. Je vous remercie beaucoup des documents qui figurent à la fin de votre mémoire au sujet des principes que vous appuyez, mais dont la mise en œuvre vous inspire quelques réserves. Voilà précisément le genre de choses que nous recherchons. Cela nous est très utile.

Aux fins du compte rendu, je tiens à préciser que nous voulons mettre l'accent sur vos vues, et non pas sur le marché interne. Comme vous l'avez mentionné à juste titre, nous étions moins catégoriques sur ce principe que sur celui du financement fondé sur les services dispensés. Vous êtes les premiers fournisseurs institutionnels à vous prononcer contre le financement fondé sur les services dispensés. Tous les autres témoins, qu'il s'agisse de PDG de régies régionales de la santé ou d'hôpitaux universitaires — un échantillonnage assez représentatif d'intervenants — se sont pour une large part montrés favorables à cette forme de financement. Nous allons devoir explorer cette question en profondeur.

Senator Robertson: Both presentations were most interesting and raise more questions for us to consider. My first question is to the Canadian Healthcare Association.

On page 2 of your brief, you support the principle of a single funder, but include a cautionary note about an arm's-length agency. How could we overcome your concerns? There is some legitimacy to them. We also have government-funded services at arm's length.

The Chairman: I will ask a supplementary question in the same context. We believe that in order for Canadians to agree to put more money into the health care system, they need to believe that the new money is actually going to go end up in the system. A Minister of Finance, federal or provincial, cannot siphon it off six months prior to an election.

Although we did not articulate it quite in this fashion in our report, one of the advantages that we saw to an independent agency was that governments could not get at, for example, CPP funds. If Canadians are going to be persuaded to make this extra contribution, governments must be prevented from shifting the funds in their times of need.

Senator Robertson had the misfortune of being the Minister of Health at times when her Minister of Finance wanted to get hold of some of that money. We would be delighted to find a way around that problem.

Ms Sholzberg-Gray: That is the same concern that we have. We are very concerned generally about the principle of accountability. We have seen, over and over again in this country, regional health authorities that are, in a sense, acting as independent semi-commissions or crown corporations. They are acting as the buffer between the government and the public.

It is not often clear whom they serve. Do they serve the public? When they are elected by the public, they usually think that they do. Often, they are appointed by the government. There are often mixed models. They are unsure. Do they report to the public or their masters?

The establishment of that so-called "independent" body is not, in and of itself, solving the problem. We think that making sure that roles and responsibilities in our health system are absolutely clear would solve the problem.

One, the government must provide adequate funding. It must say what shall be included in the publicly funded framework. Without question, that is the role of government.

Two, we have said repeatedly that the government ought not to micromanage the health system. Some of the problems have occurred because governments tried to do that. Some people say that the government is making bad decisions. Devolving all of those things to some other entity — the regional health authority

Le sénateur Robertson: On nous a présenté deux témoignages des plus intéressants soulevant plus de questions que nous devons examiner. Ma première question s'adresse à l'Association canadienne des soins de santé.

À la page 2 de votre mémoire, vous vous dites en faveur du principe d'une source unique de financement, mais vous formulez une mise en garde au sujet d'un organisme indépendant. Comment pourrions-nous apaiser vos préoccupations? Elles ne sont pas dépourvues d'une certaine légitimité. Nous avons également des services gouvernementaux indépendants.

Le président: Je vais poser une question supplémentaire dans le même ordre d'idées. Pour accepter d'investir davantage dans le système de soins de santé, les Canadiens, croyons-nous, doivent être convaincus que le nouvel argent va bel et bien aboutir dans le système. Un ministre des Finances, fédéral ou provincial, ne devrait pas pouvoir siphonner les fonds six mois avant une élection.

Même si, dans notre rapport, nous n'avons pas tout à fait présenté les choses ainsi, l'un des avantages que revêt pour nous un organisme indépendant est que les gouvernements ne pourraient pas, par exemple, accéder aux fonds du RPC. Pour convaincre les Canadiens de consentir cet effort additionnel, on devra empêcher les gouvernements d'aller puiser dans ces fonds en cas de besoin.

Le sénateur Robertson a eu le malheur d'être ministre de la Santé à une époque où le ministre des Finances souhaitait faire main basse sur une partie de l'argent en question. Nous serions ravis de trouver une façon de contourner ce problème.

Mme Sholzberg-Gray: Nous partageons la même préoccupation. Nous sommes de façon générale préoccupés par le principe de la reddition. À de multiples reprises, au pays, nous avons été confrontés à de régies régionales qui, en un sens, agissent à titre de semi-commissions indépendantes ou de semi-sociétés d'État. Elles font office de tampon entre le gouvernement et le grand public.

Souvent, on a du mal à établir les intérêts qu'elles servent. Ceux du public? Lorsqu'ils sont élus, leurs membres pensent généralement qu'il en est ainsi. Souvent, ils sont nommés par le gouvernement. On a fréquemment affaire à des modèles mixtes. Les membres ont des incertitudes. Doivent-ils rendre des comptes au public ou à leurs maîtres?

L'établissement de ce qu'on appelle un organisme «indépendant» ne constituera pas en soi une solution au problème. La définition de rôles et de responsabilités absolument claires au sein de notre système de soins de santé devrait, selon nous, remédier au problème.

Premièrement, le gouvernement doit assurer un financement adéquat. Il doit définir ce qui sera visé par le régime public. Ce rôle incombe sans contredit au gouvernement.

Deuxièmement, nous avons dit à maintes reprises que le gouvernement ne doit pas intervenir dans la microgestion du système de santé. Certains problèmes se sont posés du fait que des gouvernements ont tenté de le faire. D'autres affirment que le gouvernement prend de mauvaises décisions. La délégation de ces

or, in Ontario, the hospitals — has not solved the problems of the government not giving enough funding, not having clear roles and responsibilities, or not having clear responsibility for outcomes. They make rules saying that you cannot run a deficit. What happens if you have twice as many heart patients as were expected?

That is not likely to happen, because usually you can predict a little better than that. However, it is a complex and complicated area. You will never remove the government entirely — nor should that happen. Second, giving it to this crown corporation without a clarification of roles, proper funding and proper performance measurements is not going to solve the problem.

That is our point. We are not saying that having that corporation is a bad thing. We are saying that the absence of all of those definitions on roles, responsibility and adequate funding is a problem.

Governments often hide behind a crown corporation or they interfere with its operations.

They may fire the community-based board or send a supervisor into a hospital. In other words, without those other issues being resolved, we are not going to solve the problem.

Senator Robertson: There is another problem that you have not mentioned. This committee has been concerned about it. The public is concerned about it. It is the constant quarrelling between the provinces and the federal government. There seems to be no end to it. People are telling us to find a way to eliminate the fighting and give them some decent health care. Some witnesses advised that an arms-length commission — I will call it that for want of better wording at this moment — would be a step in the right direction of alleviating some of the haranguing that goes on regularly.

We all know the problems of financing in governments. We are very much interested in having your opinions on these matters because soon we will have to bite the bullet on our financing recommendations.

We have also been asked about multi-year funding. This committee is almost convinced that single-year funding just will not work. If you have any recommendations on how to coordinate multi-year funding, so that we do not have these deep cuts without any proper explanation, we would like to hear them. It increases the arguments between the provincial and federal governments.

responsabilités à une autre entité — la régie régionale de la santé, ou, en Ontario, les hôpitaux — n'a pas réglé les problèmes que sont le sous-financement gouvernemental, l'absence de responsabilités et de rôles clairement définis ou l'absence de responsabilités claires à l'égard des résultats. Les gouvernements édictent des règles interdisant les déficits. Qu'arrive-t-il à un établissement qui accueille deux fois plus de patients atteints d'une maladie cardiaque que prévu?

Les risques à cet égard sont relativement limités puisque, en règle générale, on peut faire des prédictions légèrement meilleures. Cependant, il s'agit d'une question complexe et délicate. On ne fera jamais en sorte que le gouvernement se retire entièrement de ces dossiers — et cela n'est pas non plus souhaitable. Deuxièmement, on ne parviendra pas à régler le problème en déléguant les responsabilités en la matière à des sociétés d'État si on n'a pas défini clairement les rôles de ces dernières, assuré leur financement adéquat et prévu des mesures du rendement appropriées.

Voilà ce que nous disons. Nous n'affirmons pas que le fait d'établir une société est en soi une mauvaise chose. Tout ce que nous disons, c'est que l'absence de définitions relatives aux rôles, aux responsabilités et au financement adéquat d'un tel organisme pose problème.

Souvent, les gouvernements se cachent derrière une société d'État ou s'ingèrent dans ses activités.

Ils peuvent congédier les membres du conseil d'administration issus de la collectivité ou désigner un superviseur pour un hôpital. Si, en d'autres termes, nous ne nous occupons pas de ces questions préalables, nous n'allons pas régler le problème.

Le sénateur Robertson: Il y a un autre problème que vous n'avez pas soulevé. Ce problème préoccupe le comité et préoccupe aussi le public. Je fais référence aux querelles incessantes entre les provinces et le gouvernement fédéral. On n'en voit pas la fin. Les citoyens nous invitent à trouver un moyen de mettre un terme à ces luttes et à leur fournir des soins de santé décents. Certains témoins ont laissé entendre qu'une commission indépendante — c'est l'expression que je vais utiliser pour le moment, faute de mieux, — constituerait un pas dans la bonne direction dans la mesure où elle permettrait d'atténuer la rhétorique qui se fait jour régulièrement.

Nous sommes tous au courant des problèmes de financement qu'éprouvent les gouvernements. Nous serions très intéressés à vous entendre sur ces questions parce que nous allons devoir bientôt serrer les dents et formuler des recommandations sur le financement.

On nous a également interrogés au sujet du financement pluriannuel. Les membres du comité sont à peu près convaincus qu'un financement pour une seule année ne va pas fonctionner. Si vous avez des recommandations à faire sur les moyens de coordonner le financement pluriannuel, de manière qu'on ne puisse imposer de profondes restrictions sans explications adéquates, nous serions intéressés à les entendre. Ces questions enveniment les relations fédérales-provinciales.

Ms Sholzberg-Gray: You asked two questions. First, you asked about a crown corporation or some independent, arm's-length commission somehow doing something to decrease the federal-provincial wrangling. If the federal government does not give enough money to this commission, all of those issues will not be resolved. They will be resolved when the federal, provincial and territorial governments decide together that they ought to act in the interests of Canadians. They have to be pressured to do so. They must understand the responsibilities that they have to undertake.

For example, if this committee tells the federal government — it looks like it may be on that road, based on this report — that there is not enough to fiscally sustain the health system and that it is still not paying its fair share, a commission will be almost be irrelevant. The government should be told that a multi-year funding process, with a proper base and an escalation, is proposed. Our association favours certain targeted and transitional funding to achieve certain goals.

The government should make it clear that the money is being given for specific things. They should not micromanage what is done in provinces, but they should ensure comparability across the country in certain objectives. That would work.

It is not necessarily so that a commission could do those things, without the proper framework or the proper amount of money. The multi-year commitments, and knowing that the money is to pay for change, are important.

I do not want to refer to things happening in Ottawa that are not relevant to the health system. However, there have certainly been many stories in Ottawa about relationships between crown corporations and ministers. That is not necessarily the answer. It could be, but you need all those other things as well. That is really our response to that.

Senator Robertson: I agree that it needs a lot of control.

Ms Sholzberg-Gray: At the end of the day, I am not sure how a minister can stand up and say, "It is no longer my responsibility. I gave the money to the crown corporation. It is their fault that they are not delivering the service in an efficient way." It is always a government responsibility. Those other things also have to be place for it to work.

Mr. Larry Odegard, CEO, Forum, Canadian Healthcare Association: There has been integration and regionalization in a number of the regions. For instance, in British Columbia we have five regions with billion-dollar budgets, plus one other with a budget of only \$300 million. Calgary and Edmonton are billion-dollar organizations, as is Winnipeg. We have very large

Mme Sholzberg-Gray: Vous avez posé deux questions. D'abord, vous avez parlé d'une société d'État ou d'une quelconque commission indépendante ou autonome qui, d'une certaine façon, ferait quelque chose pour atténuer les querelles fédérales-provinciales. Si le gouvernement fédéral n'accorde pas de fonds suffisants à cette commission, aucun des problèmes en question ne sera réglé. Ils seront réglés le jour où les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux décideront d'un commun accord d'agir dans l'intérêt des Canadiens. Ils le feront si des pressions s'exercent sur eux. Ils doivent comprendre les responsabilités qui leur incombent.

Si, à titre d'exemple, le comité indique au gouvernement fédéral — à la lumière du présent rapport, on peut penser qu'il s'oriente dans cette voie — qu'il n'y a pas assez d'argent pour assurer la survie financière du système de soins de santé et qu'il ne paie pas sa juste part, une commission sera pratiquement inopportune. Le gouvernement devrait savoir qu'on propose un mécanisme de financement pluriannuel assorti d'une base adéquate et d'indexations suffisantes. Notre association préconise certains fonds ciblés et transitoires pour la réalisation de certains objectifs.

Le gouvernement devait établir clairement que les fonds sont versés pour des fins précises. Il ne devrait pas se lancer dans la microgestion de ce que font les provinces. Il devrait plutôt assurer une certaine comparabilité partout au pays, en regard de certains objectifs. Une telle façon de faire pourrait donner de bons résultats.

Sans un cadre adéquat ou un financement suffisant, il n'est pas du tout certain qu'une commission pourrait s'acquitter de ces tâches. Des engagements pluriannuels et la certitude que les fonds visent à faire les frais du changement revêtent de l'importance.

Je vais éviter de faire référence à des événements survenus à Ottawa qui n'ont aucun rapport avec le système de santé. Cependant, il est certain que les relations entre des sociétés d'État et des ministres ont beaucoup nourri la rumeur à Ottawa. La réponse ne réside pas nécessairement là. Cela pourrait fonctionner, pour peu que toutes les autres conditions soient réunies. Voilà comment nous réagissons.

Le sénateur Robertson: Je suis d'accord pour dire qu'un tel système exigerait un contrôle serré.

Mme Sholzberg-Gray: Au bout du compte, je ne suis pas certaine qu'un ministre pourrait affirmer: «Cette question ne relève plus de moi. J'ai viré l'argent à la société d'État. Si les services ne sont pas offerts de façon efficiente, c'est sa faute.» Il s'agit toujours d'une responsabilité gouvernementale. Pour qu'une telle démarche donne de bons résultats, il faut que toutes les autres conditions soient réunies.

M. Larry Odegard, PDG, Forum, Association canadienne des soins de santé: Dans un certain nombre de régions, on a eu recours à l'intégration et à la régionalisation. En Colombie-Britannique, par exemple, il y a cinq régions dotées de budgets qui se chiffrent en milliards de dollars, et une autre dont le budget n'est que de 300 millions de dollars. À Calgary et à Edmonton, les fonds se

organizations. I am not sure that much more could be achieved by bringing those together under another umbrella group.

Second, the chairs of the health authorities for each jurisdiction in the West meet regularly as a council, and the CEOs meet with senior ministry officials. I know that in British Columbia, and I understand in other jurisdictions, they are moving to multi-year funding.

British Columbia particularly is requiring the boards to sign performance agreements. Those would deal with the chair's concern about the money flowing to the bedside and not to paving roads.

It is important that there be that accountability. Our associations help to ensure that the money flows as it should by asking those questions. There is enough concentration of administration and control that many of those issues are addressed.

Senator Robertson: You said that there is not much point in having competition because everyone does as well as they can within the hospital structure. I am not sure that that happens, from the witnesses that we have heard. It is nice to be in that position, but it is not a reality.

I have a quick question for the Canadian Association of Chain Drug Stores. We have said before that your group is under-utilized in advising on the health system. Any suggestions you may have for a better distribution would help.

We are very much concerned about senior citizens and expensive drugs. Senior citizens all across the country have trouble coping with drug costs. In fact, some witnesses have suggested that we should look at adding another one or two to the five principles of the Canada Health Act. They think that maybe that should be reviewed. Mr. Chair, we may want to do that.

You mentioned that the federal government should be involved in certain areas. If I heard you correctly, you want the continued participation of the public and private sectors. You would not want a general drug program? Could you go over that again for me, please? Financing is extremely important.

Ms Deb Saltmarche, Director of Pharmacy, Canadian Association of Chain Drug Stores: You addressed a couple of areas. Perhaps I will start with the national pharmacare plan. To cover all drugs for all people is not sustainable. Therefore, we believe that a national pharmacare plan should be based on optimal utilization of drugs. Pharmacists have a great role to play in that area. It should be based on a mix of public and private funding. There should be a safety net approach addressing catastrophic costs for groups such as seniors and the underinsured and uninsured who cannot afford drug costs. We suggest that the

chiffrent en milliards de dollars, tout comme à Winnipeg. Nous avons affaire à des organismes de très grande taille. Je ne suis pas certain qu'on pourrait faire beaucoup plus en regroupant ces organismes sous un autre groupe cadre.

Deuxièmement, les présidents de régies de la santé de chacune des administrations de l'Ouest se réunissent régulièrement en conseil, et les PDG ont des rencontres avec des hauts fonctionnaires des ministères. Je sais que la Colombie-Britannique et, si je comprends bien, d'autres administrations s'orientent vers le financement pluriannuel.

La Colombie-Britannique en particulier oblige les conseils d'administration à signer des contrats de rendement. Ces derniers répondent aux préoccupations du président, qui disait craindre que l'argent destiné à la santé ne finisse à la voirie.

Il importe d'assurer cette forme de reddition de comptes. Nos associations contribuent à faire en sorte que l'argent aille où il se doit en posant des questions de ce genre. On assure une administration et un contrôle suffisants pour que bon nombre de ces problèmes soient réglés.

Le sénateur Robertson: Vous avez dit que la concurrence se justifiait plus ou moins du fait que, au sein de la structure hospitalière, chacun fait déjà de son mieux. À la lumière des propos de nos témoins, je n'en suis pas persuadée. Ce serait bien, mais je ne suis pas certaine que telle est la réalité.

J'aimerais poser une brève question à l'Association canadienne des chaînes de pharmacies. On a déjà dit que les membres de votre groupe, en tant que personnes susceptibles de donner leur avis sur le système de soins de santé, étaient sous-utilisés. Toute suggestion sur une meilleure répartition des tâches nous serait utile.

La question des aînés et des médicaments coûteux nous préoccupe bien davantage. Partout au pays, des aînés ont du mal à assumer le coût des médicaments. En fait, certains témoins ont laissé entendre que nous devrions ajouter un ou deux principes aux cinq que renferme déjà la Loi canadienne sur la santé. Selon eux, on devrait revenir sur ces principes. Peut-être devrions-nous le faire, monsieur le président.

Vous avez dit que le gouvernement fédéral devrait jouer un rôle dans certains secteurs. Si je vous ai bien compris, vous souhaitez la participation continue des secteurs public et privé. Vous ne souhaitez pas un programme général d'assurance-médicaments? Pourriez-vous revenir sur ce point, s'il vous plaît? Le financement est extrêmement important.

Mme Deb Saltmarche, directrice de la pharmacie, Association canadienne des chaînes de pharmacies: Vous avez touché deux ou trois aspects. Permettez-moi d'abord de commencer par le régime national d'assurance-médicaments. Impossible d'envisager d'assurer tous les médicaments pour tous les Canadiens. Par conséquent, nous sommes d'avis qu'un régime national d'assurance-médicaments devrait être fondé sur une utilisation optimale des médicaments. Les pharmaciens ont un rôle important à jouer dans ce domaine. Le régime devrait bénéficier d'un financement à la fois public et privé. On devrait prévoir un

federal government does have a role in addressing catastrophic drug costs, not just for seniors, but also for the underinsured or uninsured population.

You mentioned whether we should add drug coverage to the Canada Health Act. We believe it is too soon for that. Establishing positive incentives, in terms of better utilization of the system to create optimal outcomes, is probably the first approach to take.

Senator Cordy: I have a supplementary going back to your belief that there should not be a universal drug program: 97 per cent of Canadians have some form of drug coverage, but that number is actually misleading, because in Atlantic Canada, large numbers of people, between 23 and 27 per cent, have no health coverage. I am not talking about prohibitive costs, but about people who have no coverage whatsoever.

As an Atlantic Canadian senator, I regard a national pharmacare program as very important. Could comment further on that?

Ms Saltmarche: Perhaps I could clarify our approach to national pharmacare. A national formulary definitely has a place in health care in Canada. However, we believe that a national formulary that covers all drugs will be too extensive and not sustainable. A better approach would be to institute a national drug use management body to oversee a core number of drugs on a national formulary that could then be administered provincially to provide coverage.

The Atlantic provinces are a good example of where we do have uninsured people. Again, we suggest that there is a place for a national structure, although not all-inclusive and covering all drugs for all citizens, that takes a more rational approach, using a national drug utilization mechanism to create a formulary.

Senator Cordy: Are you saying you would like a national formulary, but not national coverage?

Ms Saltmarche: Yes, we would have a national formulary. It would not cover all drugs for all people. We suggest that, initially, a national formulary be established with control mechanisms and a drug-use management plan.

filet de sécurité pour répondre aux problèmes des coûts catastrophiques pour certains groupes, par exemple, les aînés, les personnes non assurées et sous-assurées n'ayant pas les moyens de se procurer les médicaments dont elles ont besoin. À notre avis, le gouvernement fédéral a un rôle à jouer au chapitre du coût catastrophique des médicaments, non seulement pour les aînés, mais aussi pour les personnes non assurées et sous-assurées.

Vous vous êtes demandé si nous devrions ajouter l'assurance-médicaments au principe énoncé dans la Loi canadienne sur la santé. Une telle mesure est selon nous prématurée. La première approche à adopter consiste probablement à établir des incitatifs positifs favorisant une meilleure utilisation du système pour créer des résultats optimaux.

Le sénateur Cordy: Je veux poser une question supplémentaire sur votre affirmation selon laquelle on ne devrait pas miser sur un régime universel d'assurance-médicaments: 97 p. 100 des Canadiens bénéficient d'une forme ou une autre d'assurance-médicaments, mais ce chiffre est en réalité trompeur puisque, dans la région de l'Atlantique, un grand nombre de personnes, soit entre 23 et 27 p. 100 ne bénéficient d'aucune assurance. Sans même parler de coûts prohibitifs, je fais ici référence à des personnes qui n'ont pas d'assurance du tout.

À titre de sénateur de la région de l'Atlantique, je considère le programme national d'assurance-médicaments comme très important. Avez-vous d'autres commentaires à formuler à ce sujet?

Mme Saltmarche: Peut-être pourrais-je clarifier notre approche du régime national d'assurance-médicaments. Il est certain qu'un formulaire national a sa place dans le domaine des soins de santé au Canada. Cependant, nous sommes d'avis qu'un formulaire national s'appliquant à tous les médicaments sera trop coûteux et non viable. Une meilleure approche consisterait à instituer un organisme national de gestion de l'utilisation des médicaments chargé de superviser un certain nombre de médicaments de base figurant sur un formulaire national qui, aux fins de l'assurance, est administré au niveau provincial.

Les provinces de l'Atlantique sont un bel exemple d'endroit où se recrutent les personnes sans assurance. Une fois de plus, nous sommes d'avis qu'il y a place à l'établissement d'une structure nationale adoptant une approche plus rationnelle et faisant appel à un mécanisme national d'utilisation des médicaments pour créer un formulaire, même si le régime ainsi créé ne serait pas tous azimuts et, par conséquent, n'assurerait pas tous les médicaments de tous les citoyens.

Le sénateur Cordy: Êtes-vous en train de me dire que vous souhaitez l'établissement d'un formulaire national, mais pas d'une assurance nationale?

Mme Saltmarche: Oui, nous opterions pour un formulaire national. Seulement, il n'assurerait pas tous les médicaments pour tous les citoyens. Dans un premier temps, nous proposons l'établissement d'un formulaire national doté de mécanismes de contrôle et d'un plan de gestion de l'utilisation des médicaments.

The first area where we should look at coverage is for catastrophic drug costs, whether those are high-cost medications for the population that cannot afford them, or chronic medications for someone who is underinsured.

Senator Cordy: Yet in Atlantic Canada, the reality is there are a lot of people who are not covered by a drug plan.

Ms Saltmarche: Yes, that is the population we would say should fall initially into that catastrophic drug cost plan.

Senator Cordy: Would your definition of "catastrophic drug costs" cover people who have no coverage whatsoever?

Ms Turik: Yes.

Senator Cordy: When I think of catastrophic drug costs, I think of people who are covered, but for whom the 20 per cent co-payment is in fact very high.

Ms Saltmarche: We would say that applies to both populations.

The Chairman: I want to pick up on that point, partly because Senator Robertson is a former Minister of Health in New Brunswick. You quote, on page 6 of your report, something you call the "Fredericton Pharmacy Initiative." You do not necessarily need to go into a lot of detail about it now, but do you have more information on that?

It seems to indicate, in the two examples you talked about, which were asthma patients and gastrointestinal diseases, a dramatic drop in cost by virtue of the pharmacists' role. First, I think our research staff would like to see the study. Can you tell me what the pharmacists' role was? How did their role in that study differ from what a pharmacist would normally do? How did that lead, in turn, to the cost savings you quote?

Ms Saltmarche: The pharmacists did not go beyond what most community pharmacists are capable of doing. We standardized the approach to patient care to measure the effect on outcomes.

Basically, the patient went through a 10-minute interview with the pharmacist. The pharmacist educated the patient on lifestyle issues, triggers for disease and device management. There was then a follow-up with the patient to ensure proper compliance to medication.

There was no expansion of the role of the pharmacist. There was cooperation between pharmacists and physicians. It was to demonstrate the value that is already being added to the health care system through the role of the pharmacist. They are under-utilized, and there is great potential for realizing cost savings across the health care system that we realized through the study.

Le premier secteur relativement auquel nous devrions étudier les possibilités d'assurance, c'est celui des coûts catastrophiques des médicaments, que ce soit pour les personnes qui doivent prendre des médicaments à prix élevé au-dessus de leurs moyens ou des personnes sous-assurées qui doivent prendre des médicaments pour des infections chroniques.

Le sénateur Cordy: Oui, dans la région de l'Atlantique, la réalité, c'est que de nombreuses personnes ne sont pas visées par un régime d'assurance-médicaments.

Mme Saltmarche: Oui, il s'agit de la population qui, au départ, devrait être visée par un régime s'appliquant aux coûts catastrophiques des médicaments.

Le sénateur Cordy: Votre définition de «coûts catastrophiques des médicaments» s'appliquerait-elle aux personnes qui ne sont pas assurés du tout?

Mme Turik: Oui.

Le sénateur Cordy: Quand je pense aux coûts catastrophiques des médicaments, je pense aux personnes qui sont visées, mais pour qui un copaiement de 20 p. 100 est en réalité très élevé.

Mme Saltmarche: Le régime que nous proposerons s'appliquerait aux deux populations.

Le président: Je veux revenir sur ce point, en partie parce que le sénateur Robertson est l'ex-ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick. À la page 6 de votre rapport, vous faites allusion à ce que vous appelez la «Fredericton Pharmacy Initiative». Sans nécessairement entrer dans les détails, avez-vous d'autres renseignements à nous fournir à ce sujet?

Dans les deux exemples que vous avez cités, c'est-à-dire les personnes atteintes d'asthme et de maladies gastro-intestinales, le rôle joué par les pharmaciens semble avoir entraîné une chute spectaculaire des coûts. D'abord, je pense que nos attachés de recherche aimeraient consulter l'étude. Pouvez-vous nous parler du rôle joué par les pharmaciens? En quoi le rôle joué par ces derniers dans le cadre de cette étude diffère-t-il de celui qu'ils jouent normalement? Comment cette expérience s'est-elle traduite par les économies dont vous faites état?

Mme Saltmarche: Les pharmaciens ne sont pas allés au-delà de ce que la plupart des pharmaciens communautaires sont en mesure de faire. Nous avons uniformisé l'approche des soins aux patients pour mesurer l'effet sur les résultats.

Essentiellement, le patient s'est prêté à une interview de dix minutes avec le pharmacien. Ce dernier a sensibilisé le patient à des questions touchant le mode de vie, les facteurs déclencheurs de maladies et la gestion des appareils. On a ensuite effectué un suivi auprès du patient pour assurer le respect des posologies.

On n'a pas élargi le rôle du pharmacien. L'expérience a été menée de concert par les pharmaciens et les médecins. On avait pour but de faire la démonstration de la valeur qu'ajoute déjà le rôle du pharmacien au système de soins de santé. Les pharmaciens sont sous-utilisés, et l'étude nous a permis de prendre conscience des possibilités économiques dont pourrait bénéficier l'ensemble du système de soins de santé.

The Chairman: Instead of just filling a prescription, the pharmacists sat down with the patients to explain to them how they could best use their medication. Was there any attempt to find out whether or not the patients actually used it? Was there a control group?

Ms Saltmarche: We did not have a control group in the study, which I admit is a failing. You made a very good point there, senator; we went beyond the basic dispensing. Normally, you go in and get your prescription filled; everyone has been through that scenario.

Through that service, we offered an example of what an expanded role for pharmacists in primary care is able to contribute. One of the opportunities with community pharmacy is that we are recognized financially only for the distributive function we perform, not the cognitive services we are able to provide that can offset health system costs.

The Chairman: You are simply paid a dispensing fee, not a fee based on applying your knowledge in a broader context.

Ms Saltmarche: The fee we are paid only covers the distributive cost of employing the staff and running the store.

The Chairman: In the following paragraph you talk of a similar study. If you could send us any other information, that would be helpful.

Senator Morin: I will start with Ms Turik and Ms Saltmarche. I am not clear on your answer.

A national formulary is a list of drugs that can be prescribed in a given pharmacare program. It is not the same as safety net insurance. Senator Cordy was not talking about a national formulary, she may or may not be in favour of that. She is talking about a type of pharmacare insurance for where the problems are especially acute, such as in the Atlantic provinces.

The issue here is that all provinces west of the Atlantic provinces have very different coverage. Some are more generous than others, as you know. The problem with national funding, which you recommend, is that it is a difficult issue to fund one part of the country and not another. If you just fund gaps, that will mean more money for the Atlantic provinces, which may be an excellent thing, but some other provinces that also have few resources have invested heavily in the pharmacare program — Quebec is a good example — and would be deprived of federal funds this way. Have you thought of that issue?

Ms Turik: Yes. I would like to refer back to our definition of “catastrophic drug costs,” as it does respond to the question you are posing.

Le président: Au lieu de se contenter d'exécuter une ordonnance, les pharmaciens se sont assis avec les patients pour leur expliquer les modalités d'utilisation optimale de leurs médicaments. A-t-on tenté de déterminer si les patients les avaient ou non utilisés? A-t-on eu recours à un groupe témoin?

Mme Saltmarche: Nous n'avons pas eu recours à un groupe témoin dans le cadre de l'étude, ce qui, je l'avoue, est une lacune. Vous soulevez là un très bon point, sénateur; nous sommes allés au-delà de la simple exécution d'ordonnance. Normalement, on va à la pharmacie pour faire exécuter une ordonnance; chacun en a fait l'expérience.

Au moyen de ces services, nous avons illustré l'apport d'un rôle accru du pharmacien dans les soins primaires. Actuellement, on ne reconnaît que l'aspect «exécution» du travail que nous effectuons, à l'exclusion des services cognitifs que nous sommes en mesure de fournir, lesquels pourraient contribuer à réduire les coûts des soins de santé. C'est là une des possibilités qui s'offrent à nous.

Le président: On vous verse des frais d'exécution d'ordonnance, et non des honoraires tenant compte de l'application de vos connaissances dans un contexte plus général.

Mme Saltmarche: Les frais qu'on nous verse ne portent que sur le coût de la main-d'œuvre et de l'exploitation de l'établissement concernant l'exécution des ordonnances.

Le président: Dans le paragraphe suivant, vous faites allusion à une étude analogue. Vous nous rendriez service en nous faisant parvenir cette information.

Le sénateur Morin: Je vais commencer par Mme Turik et Mme Saltmarche. Je ne suis pas certain de bien comprendre votre réponse.

Par «formulaire national», on entend une liste de médicaments pouvant être prescrits dans le cadre d'un programme d'assurance-médicaments donné. Ce n'est pas la même chose qu'une assurance assortie d'un filet de sécurité. Le sénateur Cordy ne parlait pas d'un formulaire national, mécanisme avec lequel elle est d'accord ou en désaccord. Elle faisait référence à un type d'assurance-médicaments applicable à des endroits où les problèmes sont particulièrement aigus, comme par exemple dans les provinces de l'Atlantique.

La question est ici de savoir si toutes les provinces à l'ouest des provinces de l'Atlantique bénéficieraient d'une protection très différente. Certaines sont plus généreuses que d'autres, comme vous le savez. Le problème que pose un financement national comme celui que vous recommandez, c'est qu'il est délicat de financer une région du pays, mais pas une autre. Si on se contente de combler les lacunes, les provinces de l'Atlantique bénéficieront de plus d'argent, ce qui est peut-être en soi une excellente chose, mais certaines autres, dont les ressources sont limitées et qui ont investi massivement dans le programme d'assurance-médicaments — le Québec en est un bon exemple — seraient privées de fonds fédéraux. Avez-vous réfléchi à cette question?

Mme Turik: Oui. Je vous renvoie à notre définition de «coûts catastrophiques des médicaments», qui répond à la question que vous posez.

In our experience, there are two components to catastrophic drug costs. One is serious or life-threatening conditions where the costs exceed an individual's ability to pay. The second is for populations whose lack of insurance, or underinsurance, for more routine medically necessary drug therapies, such as for chronic or debilitating conditions, is a barrier to their receiving that therapy.

In many cases, one could argue that the situation in the Atlantic provinces falls into the second category of those who are either underinsured or where insurance would not cover the costs they incur, thus preventing them from accessing the appropriate drug therapy. For these cases, we strongly recommend that there needs to be an expanded safety net, and once a definition of "catastrophic drug costs" is in place, it would allow for expanded coverage for individuals who may fall into those categories.

We do believe that additional funding will be required. It would be our argument that the federal government should cover those additional costs.

We appreciate that different regions of Canada and different provinces have different levels of insurance coverage, but we do believe that that does need to be equalized across the country.

One step toward that may be the development of a common review process; a second step may be the development of a common formulary, so that each province has listed a common set of medications; and the third step is the safety net where individuals require that form of publicly funded insurance.

This catastrophic drug plan, or public funding, needs to build on the already well-established and well-developed infrastructure of insurance that exists for many individuals, rather than creating a national drug program that would cover everyone. It would be strictly a safety-net approach to ensure that people have access to what is necessary.

Senator Morin: You referred to the utilization of pharmacists for primary care services and that this may be a cost-saving procedure. I am never sure of that. An economist who appeared here said that a similar service leads to similar pay. We have a good example of that in Quebec, where the morning-after pill is now prescribed by pharmacists, instead of having people running around trying to find a doctor at whatever time they need it, which is an excellent thing.

Everyone agreed on this, including the college of physicians in Quebec and so on. However, the first thing that happened was that the pharmacists required an honorarium that was exactly the same as what physicians receive for an office visit.

Selon notre expérience, les coûts catastrophiques des médicaments ont deux composantes. La première a trait aux affections graves ou mortelles, où les coûts excèdent la capacité de payer d'un particulier. La deuxième concerne les pharmacothérapies des médicaments nécessaires plus banales, par exemple pour des infections chroniques ou débilitantes, à l'intention de populations dont l'absence d'assurance ou la sous-assurance constitue un obstacle à l'obtention des thérapies en question.

Dans de nombreux cas, on pourrait soutenir que la situation des provinces de l'Atlantique relève de la deuxième catégorie, c'est-à-dire les personnes sous-assurées ou dont l'assurance ne s'applique pas aux coûts engagés, ce qui empêche les intéressés d'accéder aux pharmacothérapies indiquées. Dans de tels cas, nous recommandons fortement le renforcement du filet de sécurité. Une fois la définition de «coûts catastrophiques des médicaments» en place, on pourrait élargir la protection faite aux personnes appartenant à ces catégories.

Nous pensons que des fonds additionnels sont nécessaires. Selon nous, c'est le gouvernement fédéral qui devrait éponger la facture additionnelle.

Nous savons bien que différentes régions et différentes provinces du Canada ont des degrés d'assurance différents, mais nous pensons qu'il n'est pas nécessaire d'égaliser les situations partout au pays.

On pourrait franchir un pas en ce sens en élaborant un mécanisme d'examen commun; une deuxième étape consisterait à établir un formulaire commun, de façon que chacune des provinces s'appuie sur une liste commune de médicaments; dans un troisième temps, on établirait le filet de sécurité à l'intention des particuliers ayant besoin d'une telle forme d'assurance publique.

Le régime d'assurance-médicaments dont les coûts sont catastrophiques, ou le financement public, doit s'inspirer de l'infrastructure d'assurance bien conçue et bien établie qui existe déjà pour de nombreuses personnes. Cette solution est préférable à la création d'un régime national d'assurance-médicaments pour tous. Il s'agirait strictement d'un filet de sécurité grâce auquel on s'assurerait que les citoyens ont accès aux médicaments nécessaires.

Le sénateur Morin: Vous avez fait allusion à l'utilisation de pharmaciens pour la prestation de soins primaires, initiative qui, avez-vous dit, permettrait de réaliser des économies. Je ne suis jamais convaincu par ce genre d'argumentation. Un économiste qui a comparu devant nous a affirmé que des services analogues génèrent des salaires analogues. On en a un bon exemple au Québec, où les pharmaciens peuvent maintenant prescrire la pilule du lendemain, ce qui évite aux femmes de courir au besoin chez un médecin, ce qui est une excellente chose.

Tout le monde est d'accord, y compris le Collège des médecins du Québec et ainsi de suite. Cependant, la première chose que les pharmaciens ont faite a été d'exiger des honoraires correspondant exactement à ceux dont aurait bénéficié un médecin pour une visite.

People say that using other professions will save money. I do not think it should. If the same service is rendered, it should be paid for in the same way, whatever the profession. Cost saving is good, but it is not on a cost-saving basis that we shift responsibilities from one profession to another.

Ms Saltmarche: I agree with that. Economics is about allocating resources to get the most efficient mix and optimal outcomes. Whether a pharmacist or a physician is providing the service, the value to the patient is the same. In that instance, we may reduce costs in other areas of the system by increasing access. Physician's offices are not always open, while pharmacies have extended hours. In B.C., where pharmacists were able to prescribe the morning after pill, we saw that the number of abortions went down, while physician visits went up. Patients were following up with their physicians. The cost of an abortion is \$800, and the cost for the provision of the service through the pharmacy is \$40 to \$50. There is a cost saving there. The pharmacist, as well as increasing access to the product, is freeing up the physician to provide other services the pharmacist is not able to provide, such as diagnosis.

Senator Morin: I fully agree with that. There is a cost saving there.

Are there any provinces using standing order contracts or bulk purchasing for drugs?

Ms Saltmarche: Yes. Saskatchewan uses them, and our members have found that system to be very unsatisfactory, both in terms of supply chain and distribution issues and patient care. They have to shift patients from one medication on which they are stabilized to another because of a change in contract, or a change or interruption in supply.

Senator Morin: Does this mean that if there are two generic drugs available, only one would be used in Saskatchewan?

Ms Saltmarche: Yes. It also reduces competition, which can lead to a rebound increase in price.

Senator Morin: Ms Sholzberg-Gray, before I make my comments, I should like some information about page 15 of your document, dated May 2002. This is point 19, concerning the matter of health promotion.

There is a statement here about something of which I was not aware. It is extremely important. "Recently, the federal government funding for health promotion activities has been decimated..." How recent is that? Are we referring to the program review of the 90s, or is this more recent?

Ms Sholzberg-Gray: We hear in the news about the importance of physical activity, exercise and so on, yet we all know that it was not that long ago that Participaction was axed.

On affirme que le fait de recourir à d'autres professions générera des économies. Je ne vois pas pourquoi. À service égal, salaire égal, peu importe la profession concernée. Les économies sont une bonne chose, mais elles ne doivent pas se faire au prix d'un renvoi de responsabilités d'une profession à une autre.

Mme Saltmarche: Je suis d'accord avec ce principe. La science économique, c'est l'art d'allouer les ressources pour obtenir la répartition la plus efficiente et des résultats optimaux. Que le service soit offert par un pharmacien ou par un médecin, les avantages pour le patient sont les mêmes. Dans ce cas, nous pourrions peut-être réduire les coûts dans d'autres secteurs du système en favorisant l'accès. Les cabinets de médecins ne sont pas toujours ouverts, tandis que les pharmacies ont des heures d'ouverture prolongées. En Colombie-Britannique, où les médecins sont autorisés à prescrire la pilule du lendemain, nous avons constaté une diminution du nombre d'avortements, tandis que le nombre de consultations auprès du médecin a augmenté. Les patientes effectuaient un suivi auprès de leur médecin. Le coût d'un avortement s'élève à 800 \$, tandis que celui de la prestation du service dans une pharmacie est de 40 \$ à 50 \$. En ce sens, il y a bel et bien une économie. Le pharmacien, en plus de favoriser l'accès au produit, libère le médecin, qui peut fournir des services que le pharmacien n'est pas en mesure d'offrir, par exemple des diagnostics.

Le sénateur Morin: Je suis tout à fait d'accord avec vous. Il y a là une économie véritable.

Y a-t-il des provinces qui ont recours à l'achat en vrac de médicaments ou à des offres permanentes?

Mme Saltmarche: Oui. La Saskatchewan y a recours, et nos membres ont jugé le système très insatisfaisant, du point de vue de l'approvisionnement, de la distribution et des soins aux patients. En raison de changement de contrat ou encore de changement ou d'interruption de l'approvisionnement, on a dû cesser de fournir à des patients les médicaments qui avaient permis de stabiliser leur état.

Le sénateur Morin: Cela veut-il dire que, là où deux médicaments génériques sont offerts, on ne peut en utiliser qu'un seul en Saskatchewan?

Mme Saltmarche: Oui. Du même souffle, on réduit la concurrence, ce qui peut entraîner une remontée des prix.

Le sénateur Morin: Madame Sholzberg-Gray, avant de passer à mon commentaire, j'aimerais avoir des informations sur la page 15 de votre document daté de mai 2002. Je fais référence au point 19, qui porte sur la promotion de la santé.

Là, vous faites allusion à un phénomène qui m'avait échappé. C'est extrêmement important. «[Le gouvernement fédéral] a récemment réduit de façon excessive le financement des activités de promotion de la santé [...]». À quel point, le phénomène est-il récent? Avons-nous affaire à l'examen des programmes qui a été effectué dans les années 90 ou à quelque chose de plus actuel?

Mme Sholzberg-Gray: Aux nouvelles, on nous parle de l'importance que revêtent l'activité physique, l'exercice et ainsi de suite. Pourtant, nous savons tous que, il n'y a pas si longtemps, on a supprimé le programme Participaction.

Senator Morin: Do you have dollar figures on that?

Ms Sholzberg-Gray: No, but we could produce them. When governments reduce programs, which happened in the aftermath of program review and continues to happen, many health promotion-type programs, in which funds go to communities to enhance health, get cut.

Senator Morin: We recommended in our report that the federal government increase its support for the activities for which it is responsible, such as health promotion and protection. If there has been an important cut recently, then it would help us to know that, so we could recommend at least getting back to the initial level of funding, and then increasing it. It is a matter of information.

Ms Sholzberg-Gray: There has been constant reorganization of those programs. For instance, there are programs through which non-governmental organizations received funds to promote health and support certain healthy activities in communities. Those get cut back, or the infrastructure to support them does.

Senator Morin: These are pilot projects?

Ms Sholzberg-Gray: Yes. Things keep changing. There has been no effort to increase or improve those programs delivered through Health Canada to enhance the health of Canadians. There is a lot of talk about it, but not much more than lip service is paid. Look at the total amount of money that the federal government spends on health, and the miniscule amount it spends on health promotion. We will give you examples later.

Mr. Odegard: I was a member of the board of health in Saskatoon some years ago, and, when I was a CEO of a region, we ran a "healthy communities" project. Five or six years ago, these were quite common in the country. About three years ago, that was cut in British Columbia.

The challenge here is partly, as Ms Sholzberg-Gray has suggested, the competition within the health care system between disease prevention and health promotion activities. Even within the health sector, there is competition between the health inspection branch, the medical officer of health, and so on. It is a challenge.

Senator Morin: I agree with that. It was the statement you made there, that it has been cut. I wondered if you had a dollar figure for that.

Mr. Odegard: We end up with a series of projects that are either cut or expire. That may help with part of the explanation.

Senator Morin: We state in our report that the evaluation of the health care system should be done nationally, and we feel that the two organizations that should be responsible for that are

Le sénateur Morin: Vous avez des chiffres à ce sujet?

Mme Sholzberg-Gray: Non, mais nous pourrions les produire. Lorsque les gouvernements sabrent dans les programmes, ce qui s'est produit au lendemain de l'examen des programmes et continue de se produire, de nombreux programmes de promotion de la santé, dans le cadre desquels on finance les collectivités pour améliorer la santé des citoyens, sont supprimés.

Le sénateur Morin: Dans notre rapport, nous recommandons que le gouvernement fédéral investisse davantage dans les activités qui relèvent de sa responsabilité, par exemple la promotion et la protection de la santé. Si des réductions importantes ont été effectuées récemment, il serait utile que nous soyons mis au courant. Nous pourrions alors recommander un retour au niveau initial, puis une majoration du financement. C'est une question d'information.

Mme Sholzberg-Gray: Ces programmes ont fait l'objet de réorganisations constantes. À titre d'exemple, il y a des programmes dans le cadre desquels des organisations non gouvernementales reçoivent des fonds pour faire la promotion de la santé et soutenir certaines activités saines dans les collectivités. On impose des compressions budgétaires à ces programmes ou à l'infrastructure qui les soutient.

Le sénateur Morin: Vous parlez de projets pilotes?

Mme Sholzberg-Gray: Oui. On assiste à des changements constants. On n'a fait aucun effort pour accroître ou bonifier les programmes exécutés par Santé Canada pour améliorer l'état de santé des Canadiens. On en parle beaucoup, mais on en reste généralement aux vœux pieux. J'en veux pour preuve le montant total que le gouvernement fédéral affecte à la santé et le montant infime qu'il alloue à la promotion de la santé. Nous allons vous citer des exemples plus tard.

M. Odegard: Il y a quelques années, je siégeais au bureau de santé de Saskatoon. À l'époque où j'agissais comme PDG dans une région, nous avons mis en place un projet «collectivités en bonne santé». Pendant cinq ou six ans, ils ont été relativement nombreux au pays. Il y a environ trois ans, ils ont été supprimés en Colombie-Britannique.

Le problème qui se pose ici, comme Mme Sholzberg-Gray l'a laissé entendre, s'explique en partie par la concurrence que se livrent les activités de prévention de la maladie et de promotion de la santé au sein du système de soins de santé. Même dans le secteur de la santé, la Direction de l'inspection sanitaire, le médecin-hygiéniste et ainsi de suite se font concurrence. C'est un problème.

Le sénateur Morin: Je suis d'accord. Ce qui me préoccupe, c'est votre déclaration selon laquelle il y a eu des réductions. Je me demandais si vous pouviez les chiffrer.

M. Odegard: Nous nous sommes retrouvés avec une série de projets qui ont été supprimés ou qu'on a laissé mourir de leur belle mort. Il y a peut-être là un élément d'explication.

Le sénateur Morin: Dans notre rapport, nous affirmons que l'évaluation du système de soins de santé devrait se faire à l'échelon national, et nous pensons que les deux organismes qui

CIHI, to which you referred, and the Canadian Council on Health Services Accreditation. We have not heard from them, and we probably will not.

You are very much involved with that second organization. Can you give us some information on who supports it financially and what its responsibilities are? This way, we can have it on the record for our report.

Mr. Odegard: I just happen to have with me a copy of a recent publication, which I will show to your research staff. I understand these were to be made available to you. The publication is entitled, "AIM: Achieving Improved Measurement." It has been jointly developed by the Canadian Institute for Health Information, CIHI, and the Canadian Council on Health Services Accreditation, CCHSA.

The Chairman: Is this a new document?

Mr. Odegard: Yes, it is new, within the last month. In that document, there are specific, objective and quantifiable measures that will address those very points. Unfortunately, it is compromised by the lack of reliable data, and we need to continually work on that area. It is national in scope, and that is its real value. As a former accreditation surveyor, I can say that we were generally using subjective rather than quantifiable measures, but we have done quite well in that area recently.

Senator Morin: Are you funded by the institutions that you survey?

Mr. Odegard: Yes. We have had this discussion with the president of the council. We feel there would be some value in having another source of funds. I would think it would be in the federal government's interest to have a national evaluation measure, in part through supporting the council — as they do significantly — but also have the voluntary quality improvement process, which is reflected in accreditation, continue. Maybe there could be some splitting of that so that you encourage improved performance.

The Chairman: I have not looked in detail into how the current accreditation system works. I have been at conferences where people involved with this process have described it as being "very much like an old boys' network that goes out and evaluates each other."

To what extent is the process objective? To what extent is it simply one subgroup of the organization evaluating someone's institution today, and six months from now a different subgroup goes out and evaluates someone else's institution?

Mr. Odegard: I would enjoy that debate as well. I am a great supporter of the accreditation process. As a former "old boy," I was asked to discontinue surveying one year after leaving an accredited facility. You must be with an accredited organization to continue as a surveyor. You do not survey within your own

devraient s'en charger sont l'ICIS, auquel vous avez fait référence, et le Conseil canadien d'agrément des services de santé. Nous ne les avons pas encore entendus et nous n'aurons probablement pas l'occasion de le faire.

Vous avez joué un rôle important au sein du deuxième organisme. Pouvez-vous nous donner une idée du mode de financement et des responsabilités de l'organisme? Ainsi, les renseignements figureront au compte rendu pour notre rapport.

M. Odegard: Il se trouve que j'ai avec moi un exemplaire d'une publication récente, que je montrerai à vos attachés de recherche. Je croyais que ces documents devaient vous être fournis. La publication s'intitule «MIRE: Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation». Elle a été élaborée conjointement par l'Institut d'information sur la santé (ICIS) et le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS).

Le président: S'agit-il d'une nouvelle publication?

M. Odegard: Oui, toute nouvelle. Elle a paru au cours du dernier mois. Dans ce document, on trouve des mesures spécifiques, objectives et quantifiables répondant précisément aux points soulevés. Malheureusement, les résultats sont compromis par l'absence de données fiables, et nous devons continuer de travailler dans ce domaine. Il s'agit d'une initiative d'envergure nationale, ce qui est fort précieux. Moi qui effectuais autrefois des visites d'agrément, je puis vous affirmer que nous utilisons en général des mesures subjectives plutôt que des mesures quantifiables, mais, dans ce domaine, nous nous sommes récemment plutôt bien tirés d'affaire.

Le sénateur Morin: Êtes-vous financés par les établissements que vous visitez?

M. Odegard: Oui. Nous avons eu cette discussion avec le président du conseil. Nous pensons que le recours à une autre source de financement procurerait certains avantages. Il me semble qu'il serait dans l'intérêt du gouvernement fédéral de miser sur un instrument d'évaluation national, en partie en soutenant le conseil — ce qu'il fait de façon applicable —, mais tout en faisant en sorte que le processus volontaire d'amélioration de la qualité, dont rend compte l'agrément, se poursuive. Peut-être pourrait-on scinder les deux de manière à favoriser une amélioration du rendement.

Le président: Je n'ai pas étudié en détail le fonctionnement du système d'agrément actuel. J'ai assisté à des conférences où des personnes associées à ce processus ont affirmé qu'il s'apparentait pour une large part à «une vieille clique dont les membres s'évaluent les uns les autres».

Dans quelle mesure le processus est-il objectif? Dans quelle mesure a-t-on simplement affaire à un sous-groupe de l'organisme chargé aujourd'hui d'évaluer l'établissement de quelqu'un d'autre, après quoi, six mois plus tard, un sous-groupe différent va en évaluer un autre?

M. Odegard: J'accueillerai volontiers ce débat. Je suis un ardent partisan du processus d'agrément. À titre d'ex-membre d'une clique, on m'a demandé de m'abstenir d'effectuer des visites à des fins d'évaluation pour une période d'un an suivant mon départ du conseil d'agrément. Pour continuer d'agir comme

province or jurisdiction, and you are always part of a multidisciplinary team. You seldom go back to the same organization that you surveyed in the past.

There is an entirely automated and now very objective set of measures that tries to deal with any built-in bias. If there is any bias, it is probably more towards competition than patronizing the involvement of others.

The Chairman: The impression I had was that it was akin to judging figure skating. I am talking about what I heard and I do not pretend to know anything about it. It is useful to have your comments on that for the record.

Ms Sholzberg-Gray: First, a number of corporate members are on the board of the Canadian Council on Health Services Accreditation, including the Canadian Healthcare Association. In fact, our representative on the board is the newly elected chair of the CCHSA. That does not mean it is an "old boys network" or "old girls network," or anything of that sort.

The move to objective measurement, the use of indicators, computerized forms of evaluation, and standards that everyone must meet — noting that, for the first time, the CCHSA will report on the results — makes comparisons between like institutions very important.

Having said all that, I must tell you that the institutions and regional health authorities that are accredited have concerns about the process. In the past, they have expressed concern about the paperwork compliance. The accreditation process is supposed to produce continuous quality improvement. It should not be something you do just to become accredited. They are looking at having a yearly process whereby only parts of an institution or regional health authority receive their accreditation. That would be an improvement. It is not meant to be paper compliance or "old boys" judging people. Rather, it is meant to be an objective measurement, and the public reporting authority goes hand in hand with all of this. They do have to work with the Canadian Institute for Health Information, because health care is their area of expertise. Together, they would produce some kind of objective performance measures that would be of benefit to Canada.

That is not to say that everything is out of the woods and is perfect, because there is a continuous self-improvement effort to address the concerns with the accreditation process that you mentioned.

The Chairman: Thank you for those helpful comments.

Senator Morin: That is an important issue. I should like to move now to the issue of service-based funding.

évaluation, on doit appartenir à un organisme d'agrément. On ne doit pas non plus effectuer des évaluations dans sa propre province ou administration, et on doit toujours s'inscrire dans une équipe multidisciplinaire. Il est rare qu'on revienne dans un organisme qu'on a évalué par le passé.

Il existe une série de mesures entièrement automatisées et aujourd'hui très objectives qui visent à supprimer les préjugés inhérents. S'il existe des préjugés, ils vont plutôt dans le sens de la concurrence que dans celui de la connivence avec autrui.

Le président: J'avais plutôt l'impression que le travail de ces personnes s'apparentait plutôt à celui des juges qui participent à des compétitions de patinage artistique. Je répète simplement ce qu'on m'a dit, et je ne prétends pas être au courant de la situation. Il est utile d'avoir vos commentaires à ce sujet pour le compte rendu.

Mme Sholzberg-Gray: D'abord, un certain nombre d'organismes siègent au conseil d'administration du Conseil canadien d'agrément des services de santé, y compris l'Association canadienne des soins de santé. En fait, notre représentant au conseil est le président nouvellement élu du CCASS. On ne doit pas en conclure à l'existence d'une «vieille clique» ni rien du genre.

Le déplacement vers les mesures objectives, le recours à des indicateurs, à des formes d'évaluation informatisées et à des normes auxquelles tous et chacun doivent répondre — sans compter que, pour la première fois, le CCASS rendra compte des résultats — font en sorte que les comparaisons entre établissements apparentés revêtent une très grande importance.

Cela dit, je dois vous dire que les établissements et les régies régionales de la santé qui ont reçu l'agrément s'inquiètent du processus. Par le passé, ils ont manifesté des préoccupations relatives à la conformité sur papier. Le processus d'agrément est censé déboucher sur l'amélioration continue de la qualité. Il ne devrait pas s'agir que d'une démarche qu'on fait à seule fin d'obtenir l'agrément. On cherche à mettre sur pied un processus annuel en vertu duquel seuls certains secteurs d'un établissement ou d'une régie régionale de la santé recevraient l'agrément. Ce serait une amélioration. La démarche n'a pas pour but la conformité sur papier ni la création d'une vieille clique. En fait, elle vise plutôt l'établissement de mesures objectives; voilà pourquoi le conseil travaille en collaboration avec l'organisme chargé de rendre des comptes au public. En fait, il travaille avec l'Institut canadien d'information sur la santé parce que les soins de santé relèvent de sa compétence. Ensemble, ils produisent certaines mesures objectives du rendement à l'avantage du Canada.

Nous ne sommes pas pour autant sortis du bois, et rien n'est parfait, puisqu'on doit apporter des améliorations continues au processus pour répondre aux préoccupations que vous avez soulevées.

Le président: Merci beaucoup de ces commentaires utiles.

Le sénateur Morin: Il s'agit d'un enjeu important. Je vais maintenant dire un mot de la question du financement fondé sur les services dispensés.

I read the initial report carefully and I think it is logical. I do not know who wrote this, but it is well written and logical, although I do not agree with all of it. It is an analytical document.

As you know, the Bedard report in Quebec has recommended service-based funding. Minister Legault has decided that we are moving in that direction. In other countries, this has been in existence for quite some time. Denmark has been using this method for many years now, apparently with some success.

I will group both issues together. Service-based funding, the purchaser-provider split and internal markets are all within the same area. You must have some recognition of the cost of a defined service if you want to change it. I realize that in your document you separated them, but I will keep them together.

The point here is the search for efficiency. I presume this kind of funding is more efficient than global funding. Your document refers often to the fact that hospitals provide procedure-driven care. A primary care professional will refer a patient to a hospital for a specific procedure. Up to a point, a hospital is responsible for a population, but not in the same way as a community clinic or a primary health care group.

I agree with that. However, the issue for the modern hospital is to provide efficient care such that there is an acceptable cost/benefit ratio. I fully agree with you that we do not have costing and outcome data, which we should have before we do this. Once we have that data, though, it is not a matter of closing down the hospital, as you say in your report, or having unoccupied beds, but rather of having the procedures done in hospitals where that is more efficient. We do this all the time. Our colleague, Senator Keon, who is not here, unfortunately, understands this well, whereas we do not because we do not have that information. Senator Keon is in a position to decide where a particular procedure is to be done. That is what he has to do. This type of decision is made continuously, but we do not have access to the same information because it is all under global budgets. Perhaps surgery is twice as expensive in hospital A as it is in hospital B. If it is, either hospital A corrects the situation or it stops doing it.

You will close the hospital and leave it unoccupied. The beds will be there, and that will be expensive. I fully agree that we cannot implement this today, and I see where you are coming from. There has been micromanaging by the government and going line by line. However, if the purchasing is done at another level — not by the Minister of Health, but by the region or private providers or trusts, as in Britain or elsewhere, or communities, as in Sweden — I think it can be efficient. I

J'ai lu le rapport initial avec soin, et il m'est alors apparu logique. J'ignore qui l'a rédigé, mais il est bien écrit et logique, même si je ne suis pas d'accord avec tout ce qu'on y trouve. Il s'agit d'un document analytique.

Comme vous le savez, les auteurs du rapport Bédard au Québec ont recommandé le financement fondé sur les services dispensés. Le ministre Legault a décidé que nous allions nous engager dans cette voie. Dans d'autres pays, on procède de la sorte depuis un certain temps. Le Danemark fait appel à cette méthode depuis des années maintenant, non sans certains résultats, paraît-il.

Je vais grouper deux enjeux. Le financement fondé sur les services dispensés, la division entre acheteurs et fournisseurs et les marchés internes relèvent tous du même domaine. Pour modifier un service donné, on doit avoir une certaine idée de son coût. Dans votre document, vous avez dissocié ces questions, je m'en rends bien compte, mais je vais pour ma part les grouper.

Ce qui compte ici, c'est la recherche d'efficacité. J'imagine que ce genre de financement est plus efficace que le financement global. Dans votre document, vous faites allusion au fait que les hôpitaux fournissent des soins tributaires des procédures. Un professionnel fournissant des soins primaires aiguillera un patient vers un hôpital offrant telle ou telle procédure. Jusqu'à un certain point, un hôpital est responsable d'une population donnée, mais pas au même titre qu'une clinique communautaire ou un groupe de soins de santé primaires.

Je suis d'accord. Cependant, l'hôpital moderne doit trouver le moyen d'offrir des soins efficaces, de manière à produire un rapport coûts-avantages acceptable. Je suis tout à fait d'accord avec vous pour dire que nous n'avons pas de données sur l'établissement des coûts ni sur les résultats. Nous aurions dû commencer par là. Une fois que nous aurons ces données en main, cependant, la question ne sera pas de fermer l'hôpital, comme vous le laissez entendre dans votre rapport, ni de faire en sorte que des lits demeurent inoccupés, mais plutôt de veiller à ce que les procédures s'effectuent dans les hôpitaux en mesure de le faire de la façon la plus efficace. C'est ce que nous faisons tout le temps. Notre collègue, le sénateur Keon, qui est malheureusement absent, le comprend très bien, au contraire de nous, qui ne possédons pas ce genre d'information. Le sénateur Keon est en mesure de décider où telle ou telle procédure sera effectuée. C'est ce qu'il doit faire. Ce genre de décisions sont prises en continu, mais nous n'avons pas accès à la même information, puisque tout est regroupé dans des budgets globaux. Il est possible qu'une intervention chirurgicale donnée soit deux fois plus coûteuse à l'hôpital A qu'à l'hôpital B. Le cas échéant, l'hôpital A doit rectifier le tir ou cesser d'effectuer la procédure.

On fermera l'hôpital, qui demeurera inoccupé. Les lits seront là, ce qui se révélera coûteux. Je suis tout à fait d'accord avec vous pour dire qu'on ne peut procéder de la sorte aujourd'hui, et je comprends votre point de vue. Le gouvernement s'est adonné à la microgestion, une ligne à la fois. Si, en revanche, les achats s'effectuent à un autre niveau — pas par le ministre de la Santé, mais plutôt par la région, par des fournisseurs privés ou des fiducies, comme en Grande-Bretagne ou ailleurs, ou par les

cannot see how we can condone continuing to do certain procedures in hospitals if it is more expensive and the outcomes are not good. That is the whole point. I realize there are difficulties, but I think that the whole issue of efficiency in our hospitals is vital.

Do any private clinics or private providers belong to your organization? If not, is there another organization they can join? Are you representing them?

Ms Sholzberg-Gray: Actually, we are a federation of provincial and territorial hospital and health organizations. The provincial health authorities of Manitoba or the provincial health authorities of Alberta are members of our association, and to the extent that they contract out to a variety of providers within their regions, then indirectly, private providers are part of our federation. However, the actual members of our federation are using public funds to purchase a variety of services.

In many of the provinces, as you well know, there are private diagnostic, blood testing and laboratory services, and our members contract out to them. Our members are the publicly funded and, we think, publicly accountable provincial and territorial hospital and health organizations.

Senator Morin: Up to a point, you do represent private clinics. Let us take Alberta, for example. There are private, for-profit clinics there. Does your organization represent them?

Ms Sholzberg-Gray: We do to the extent that the regional health authorities contract out to them. We are a national association, without question. I should note also who actually names the board members. In fact, three people from Alberta vied to be on our board and they had to have a public election. It is the chairs of the various regional health authorities in Alberta who choose the representative on our board. You are right. They have a variety of delivery mechanisms within those regions, and hopefully they make decisions on the most effective way to deliver health services.

Mr. Odegard: As an example, in the Health Association of B.C., we have 85 members who are not amalgamated into a region. They are independent operators. Some are faith-based and some are for-profit, private. For a third of my career, I worked in the for-profit, private side of health care. I can represent some of their interests as well.

Ms Sholzberg-Gray: You are trying to detect whether there is a prejudice in our information. First, can we go back to the long question you asked concerning service-based funding as opposed to global funding? You were talking about hospitals, and we tended to expand our discussion to include integrated approaches

collectivités, comme en Suède —, je pense que la démarche peut se révéler efficiente. Je ne vois pas comment nous pouvons cautionner la poursuite de certaines procédures dans les hôpitaux s'il est établi qu'elles sont plus coûteuses et que les résultats ne sont pas bons. Voilà tout le problème. Je me rends compte qu'il y a des difficultés, mais je pense que toute la question de l'efficacité dans nos hôpitaux est vitale.

Comptez-vous parmi vos membres des cliniques privées ou des fournisseurs privés, sinon, y a-t-il un autre organisme auquel ils peuvent s'associer? Les représentez-vous?

Mme Sholzberg-Gray: En fait, nous sommes une fédération d'hôpitaux et d'organismes de santé provinciaux et territoriaux. Les régies de la santé provinciale du Manitoba et de la Saskatchewan sont membres de notre association; comme elles font appel à une diversité de fournisseurs dans leurs régions, les fournisseurs privés en question font indirectement partie de notre fédération. Cependant, les membres véritables de notre fédération utilisent des fonds publics pour faire l'achat d'une multitude de services.

Dans la plupart des provinces, comme vous le savez très bien, il existe des services de diagnostic, d'analyse sanguine et de laboratoires privés, et nos membres font appel à eux. Nos membres reçoivent des fonds publics et sont, pensons-nous des hôpitaux et des organismes de santé provinciaux et territoriaux publics obligés de rendre des comptes.

Le sénateur Morin: Jusqu'à un certain point, vous représentez donc des cliniques privées. Prenons le cas de l'Alberta, par exemple. On y retrouve des cliniques privées sans but lucratif. Votre organisme les représente-t-il?

Mme Sholzberg-Gray: Oui, dans la mesure où les régies régionales de la santé leur confient certains services. Il ne fait aucun doute que nous formons une association nationale. Je devrais préciser qui désigne en réalité les membres du conseil d'administration. En fait, trois personnes de l'Alberta convoitaient un siège à notre conseil d'administration, et on a dû tenir une élection publique. Ce sont les présidents des diverses régies régionales de la santé de l'Alberta qui choisissent le représentant de la province à notre conseil. Vous avez raison. À l'intérieur de ces régions, il existe une multitude de mécanismes d'exécution, et on peut espérer qu'elles décident du moyen le plus efficace de fournir des services de santé.

M. Odegard: À titre d'exemple, la Health Association of BC compte 85 membres qui ne sont pas regroupés en une région. Ce sont des exploitants indépendants. Dans certains cas, il s'agit d'organismes confessionnels et dans certains autres d'organismes privés à but lucratif. Pour environ le tiers de ma carrière, j'ai travaillé au sein d'un organisme privé à but lucratif qui offrait des services de santé. Je peux donc représenter en partie leurs intérêts.

Mme Sholzberg-Gray: Ce que vous voulez déterminer, c'est si l'information que nous véhiculons est biaisée. Premièrement, revenons à la longue question que vous avez posée au sujet du financement fondé sur les services dispensés par opposition au financement global. Vous faisiez référence aux hôpitaux, et nous

to health care and needs-based, not procedure-driven approaches. You noted that hospitals are procedure driven.

What we noted in reviewing some of the testimony of people who came before this committee to speak about service-based funding is that they were all careful to say that we do not yet have the information that would make this possible on a 100 per cent basis. We mentioned this.

Second, they all wanted "special complications" formulas — that is, if you are a teaching hospital, one formula; if you are in a remote area, a different approach; if you do certain things, another approach.

Third, many of them said they could do service-based costing for certain procedures, but they wanted you to exclude all of their out-patient and outreach activities. Hospitals do this, by the way. Even the University of Ottawa Heart Institute has a lot of health promotion activities and outreach programs for heart patients, all very good, and follow-up by phone for outpatients. They do not want to include any of these programs in their service-based cost approach or cost-per-case approach. In the end, they can only include 50 to 60 per cent of their activities. It is not necessarily that easy to do.

In a sense, we are saying the same thing. We are saying that to have the most efficient service, you need to know the cost per case, and that we do not want things done in institutions if there is a high cost per case, or, even worse, bad outcomes. By the way, we know that volume creates positive outcomes. Perhaps we might find that having a lot of little clinics does not produce good outcomes. All of those factors come into it. We also do not equate the service-based approach to funding hospitals, as opposed to global-based budgets, with the whole notion of internal markets or competition. We think they are two separate issues.

As for cost per case, I can give you a personal experience. I had a hip replacement three years ago in a tertiary care hospital. I knew with certainty that there was a cardiologist on staff and a hematologist who worried about blood clots and came in for a consultation on blood thinners. There was also an infection control specialist, because there is a danger of infection when having a hip replacement. You could be in trouble for the rest of your life if you get an infection. Even if a hip replacement could be done more cheaply at a small clinic that did not have that range of staff, I would not go there and I do not think most Canadians would. We have to talk about quality of outcomes, safety and all of those things. There have been many horror stories about private plastic surgery clinics, for example, that do not have a full range of staff, not even a proper anesthetist, and

avons eu tendance à élargir nos débats pour inclure des approches intégrées des soins de santé et des approches fondées sur les besoins, et non sur les procédures. Vous avez fait remarquer que les hôpitaux sont axés sur les procédures.

À l'examen de certains témoignages de personnes qui ont comparu devant le comité pour parler du financement fondé sur les services dispensés, nous avons constaté qu'elles ont soin de préciser qu'elles ne disposent pas de tous les renseignements qui permettraient l'adoption d'une telle approche à 100 p. 100. Nous y avons fait référence.

Deuxièmement, elles souhaitent toutes des formules tenant compte de complications particulières — une formule pour les hôpitaux universitaires, une approche différente pour les régions éloignées et encore une autre pour les établissements qui font ceci ou cela.

Troisièmement, bon nombre d'entre elles ont affirmé établir le coût des services pour certaines procédures, mais, du même souffle, demander l'exclusion de toutes les activités d'approche et liées aux cliniques externes. Soit dit en passant, c'est ce que font les hôpitaux. Même l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa se livre à de nombreuses activités de promotion de la santé et à des programmes d'approche à l'intention des patients atteints d'une maladie cardiaque, ce qui est très bien, et effectuée un suivi par téléphone auprès des malades ambulatoires. Les établissements en question ne veulent pas qu'on inclue ces programmes dans l'approche liée au coût par service ou au coût par cas. À la fin, ils n'incluraient que de 50 à 60 p. 100 de leurs activités. Ce n'est pas nécessairement si facile à faire.

En un sens, nous disons la même chose. Ce que nous disons, c'est que, pour assurer les services les plus efficaces, on doit connaître le coût par cas, et nous ne voulons pas que soient effectuées dans des établissements des procédures dont le coût par cas est élevé ou, encore pire, dont les résultats sont mauvais. Soit dit en passant, nous savons que le volume génère des résultats positifs. Peut-être allons-nous constater que la présence d'un grand nombre de petites cliniques ne produit pas de bons résultats. Tous ces facteurs entrent en ligne de compte. Nous devons également concilier le financement des hôpitaux fondé sur les services dispensés, plutôt que sur les budgets globaux, et la notion de concurrence ou de marchés internes. Nous pensons qu'il s'agit de deux enjeux distincts.

En ce qui concerne le coût par cas, je peux vous faire part d'une expérience personnelle. Il y a trois ans, j'ai subi une chirurgie de remplacement de la hanche dans un hôpital de soins tertiaires. J'avais la certitude que l'hôpital comptait parmi les membres de son personnel un cardiologue et un hématalogue qui se préoccupait des caillots sanguins et est venu me voir pour discuter des anticoagulants. Il y avait aussi un spécialiste de la prévention des infections puisque le remplacement de la hanche entraîne des risques d'infection. En cas d'infection, le patient risque d'avoir des problèmes pour le reste de ses jours. Même si on pourrait réaliser un remplacement de la hanche à moindre coût dans une petite clinique ne misant pas sur un tel éventail de professionnels, je ne voudrais pas y aller, et je pense qu'il en va de même pour la majorité des Canadiens. Nous devons parler de la

we know that the outcomes there are bad. Cost cannot be the only factor; it must be cost versus complication, versus outcomes and so on. That is important.

I note a tremendous similarity between the list of concerns that we expressed in looking at that approach and the points that people who say they ultimately support it made. In other words, there is a convergence of ideas there. Cost per case information is absolutely crucial. We say that there must be centres of excellence, rather than lots of little clinics. You might be able to have a hernia clinic in two, three or four centres in our country, but most places could not sustain one because there are not enough hernia procedures to make it feasible. In fact, everyone in Prince Edward Island has to leave the island for tertiary care. We have to be realistic about that.

We also cannot develop a big city model and say that it works for all of Canada. We must state up front that this is a big city model. I do not want to get confused between internal markets and competition, because competition ought not be on price alone; rather, it ought to be on all of the other factors, such as outcomes. I do not think that those two subjects should be confused.

I am concerned that the committee's report keeps going back to internal markets as the way to drive down costs. The way to drive down costs is to collect all of that information and report it publicly. It is to have accountability mechanisms and for people to know for what they are accountable. It is to ensure that the outcomes are appropriate and that appropriate services are also being carried out. A procedures-driven approach does not necessarily do that. For instance, we might have a lot of cheap tonsillectomies done in this country, and we could say that all children should have their tonsils out. It would be a totally useless thing to do now that we know that taking out tonsils is not appropriate for everyone. Just because the procedure is cheap or efficient does not mean that we should do it. In other words, appropriateness should also be a test. There are a lot of things in this mix, not just the cost per case or how cheaply can you do it.

I am concerned about setting up artificial competition and increasing capacity and increasing beds, for instance, at a time when our country has just gone through a difficult process of cutting beds. We decided in the last five years that because of new technologies, we had too many beds. It seems to me that to start

qualité des résultats, de la sécurité et de toutes les considérations de cette nature. On a entendu de nombreuses histoires d'horreur à propos de cliniques de chirurgie plastique privées, par exemple, qui ne bénéficient pas d'un éventail complet de spécialistes et qui, dans certains cas, n'ont pas même d'anesthésiste digne de ce nom, et nous savons que, dans de tels cas, les résultats sont mauvais. On ne peut tenir compte que des seuls coûts. Au sujet des coûts, on doit tenir compte des complications possibles, des résultats et ainsi de suite. C'est important.

Je note une similitude remarquable entre la liste de préoccupations qui nous sont venues à l'examen de cette approche et les points soulevés par les personnes qui, en dernière analyse, se disent favorables. En d'autres termes, il y a ici convergence de points de vue. L'information sur le coût par cas est absolument cruciale. Nous disons qu'il faut miser sur des centres d'excellence plutôt que sur une multitude de petites cliniques. On pourra peut-être créer une clinique vouée au traitement des hernies dans deux, trois ou quatre centres au pays, mais, dans la plupart des régions, une telle clinique ne serait pas viable, faute de nombre de procédures suffisantes. En fait, les résidents de l'Île-du-Prince-Édouard doivent quitter la province pour recevoir des soins tertiaires. Nous devons faire preuve de réalisme dans ce dossier.

Nous ne pouvons pas non plus mettre au point un modèle adapté aux grandes villes et affirmer qu'il donnera de bons résultats partout au Canada. Nous devons préciser d'entrée de jeu qu'il s'agit d'un modèle répondant aux besoins des grandes villes. Je ne voudrais pas qu'il y ait de confusion entre les notions de «marchés internes» et de «concurrence» puisque la concurrence ne devrait pas porter que sur les prix; elles devraient avoir trait à d'autres facteurs, par exemple les résultats. Je ne pense pas qu'on devrait mêler les deux questions.

Ce qui m'inquiète, c'est que le comité, dans son rapport, revient sans cesse sur les marchés internes comme moyens de réduire les coûts. La façon de réduire les coûts, c'est de colliger toute l'information et d'en rendre compte publiquement. Il faut prévoir des mécanismes de reddition de comptes et indiquer clairement aux intéressés les responsabilités qui leur échoient. Il faut veiller à ce que les résultats soient corrects et à ce que les services pertinents soient offerts. Une approche fondée sur les procédures ne permet pas nécessairement de le faire. À titre d'exemple, on pourrait faire réaliser un grand nombre d'ablations des amygdales à bon marché au pays et dire que tous les enfants devraient se faire enlever les amygdales. Ce serait totalement inutile puisque nous savons que l'ablation des amygdales n'est pas indiquée dans tous les cas. Le simple fait qu'une procédure soit peu coûteuse ou efficiente ne signifie pas que nous devrions y avoir recours. En d'autres termes, la pertinence devrait aussi servir de critère. De nombreux éléments entrent en ligne de compte. Il n'y a pas que le coût par cas ou les possibilités de faire telle ou telle chose à prix modique.

Ce qui m'inquiète, c'est la possibilité qu'on crée une concurrence artificielle et qu'on augmente la capacité et le nombre de lits, par exemple, au moment où notre pays se relève tout juste d'une période difficile au cours de laquelle on a supprimé des lits. Au cours des cinq dernières années, nous avons

increasing the number of beds because of some future cost-cutting goal is not the way to go, especially at a time of reduced levels of health human resources.

We are not opposed to costing; we are not opposed to reporting; we are not opposed to centres of excellence — we support all of those things. Your report seems to say we should go to service-based funding as quickly as possible. However, we do not think it is the way to determine hospital budgets today. Even those who say it might be the way in the future believe that we cannot do it now. They then say, “You will have to leave out 50 per cent of our budget because we cannot do that on a cost-per-case basis.”

Senator Morin: I would like to thank you very much and especially commend you for the amount of work you have done in preparing the documentation for us.

The Chairman: Having listened to your answer, I realize that your thought process and ours are much closer than I first thought upon reading your brief. I would have been inclined to put your reaction to the service-based funding principle in the category of the ones with which you agree in substance, but offer words of caution regarding implementation. Maybe I have a rose-coloured view of what you said. However, the sense I gained was that all the things you were concerned about, we are concerned about too.

Mr. Odegard: A quick comment on that. I was CEO of a region in Alberta where we used service-based funding prospectively in the whole funding process. We received population funding adjusted demographically for gender, age, Aboriginal numbers, remoteness or whatever, in advance. The reconciliation was on service-based funding. We frequently provided services to people from outside the region, and our community members went to Edmonton for tertiary services. The service-based component is the efficiency measure; it is the after-the-fact reconciliation. It does not motivate the system to go in the wrong direction of being sickness rather than health focused. There is a role for it, but it may be after the fact rather than in advance.

Senator Roche: I would like to put three questions to Ms Sholzberg-Gray. My first concerns your dissent. It is because I have such high respect for the Canadian Healthcare Association, as well as esteem for you personally, that I am concerned. Would it be correct, Ms Sholzberg-Gray, to say that your association supports 18 of the 20 principles, leaving the modifiers aside?

Ms Sholzberg-Gray: Yes.

décidé que, en raison des nouvelles technologies, nous avions trop de lits. Il me semble que nous ne serions pas fondés à augmenter le nombre de lits parce qu'on a pour objectif futur de réduire les coûts, compte tenu surtout des niveaux réduits de ressources humaines en santé.

Nous ne sommes pas opposés à l'établissement des coûts; nous ne sommes pas opposés à la présentation de rapports; nous ne sommes pas opposés aux centres d'excellence — nous sommes favorables à toutes ces initiatives. Dans votre rapport, vous semblez laisser entendre que nous devrions adopter le plus rapidement possible le financement fondé sur les services dispensés. Cependant, nous ne pensons pas qu'il s'agisse aujourd'hui de la façon de déterminer les budgets des hôpitaux. Même ceux qui croient que c'est là la voie de l'avenir sont d'avis qu'on ne peut le faire maintenant. Puis ils ajoutent: «Vous allez devoir laisser de côté 50 p. 100 de notre budget parce que nous ne sommes pas en mesure de faire de telles choses suivant le principe du coût par cas.»

Le sénateur Morin: Je tiens à vous remercier chaleureusement et à vous féliciter tout particulièrement du travail considérable que vous avez accompli en préparant la documentation pour nous.

Le président: Après avoir entendu votre réponse, je me rends compte que nos réflexions sont beaucoup plus proches que je l'avais d'abord pensé à la lecture de votre mémoire. J'aurais plutôt pensé que votre réaction au principe du financement fondé sur les services dispensés appartenait à la catégorie des principes avec lesquels vous étiez d'accord en substance, mais dont la mise en oeuvre vous inspire des réserves. J'ai peut-être une interprétation idéalisée de ce que vous avez dit. Cependant, j'ai l'impression que les questions qui vous préoccupent nous préoccupent également.

M. Odegard: Permettez-moi de dire un mot à ce sujet. J'ai été PDG d'une région de l'Alberta où on a de façon prospective eu recours au financement fondé sur les services dispensés dans l'ensemble du processus de financement. Nous avons reçu des fonds par habitant rajustés en fonction de caractéristiques démographiques, par exemple le sexe, l'âge, le nombre d'Autochtones, l'éloignement ou je ne sais trop quoi. Pour la conciliation, on avait recours au financement fondé sur les services dispensés. Il nous arrivait souvent de fournir des services à des personnes de l'extérieur de la région, et les membres de notre collectivité se rendaient à Edmonton pour recevoir des services tertiaires. Le volet fondé sur les services dispensés est la mesure de l'efficacité; il s'agit de la conciliation qui intervient après coup. Ce principe n'incite pas le système à s'engager dans la mauvaise direction, c'est-à-dire à mettre l'accent sur la maladie plutôt que sur la santé. Il a un rôle à jouer, mais il intervient après coup plutôt qu'au préalable.

Le sénateur Douglas Roche: J'aimerais poser trois questions à Mme Sholzberg-Gray. La première concerne votre dissension. Si je suis inquiet, c'est en raison du très grand respect que j'éprouve pour l'Association canadienne des soins de santé et pour vous personnellement. Aurais-je raison, madame Sholzberg-Gray, de dire que votre association appuie 18 des 20 principes, pour peu qu'on laisse les modifications tomber.

Mme Sholzberg-Gray: Oui.

Senator Roche: I am concerned about the two remaining principles. We have just had a good discussion on service-based funding. What I got out of it, Mr. Chairman, is that we may be closer than first appeared to be the case.

The Chairman: Exactly.

Senator Roche: I am going to leave that aside. I would like to turn to your second dissent on internal markets, which is principle 13. Principle 13 reads as follows:

... an "internal market" should probably be created in which primary health care teams would purchase health services provided by hospitals and other health care institutions on behalf of their patients.

When I read that at the draft stage, it seemed okay to me. Maybe it is because I do not know enough about this subject, certainly not as much as you do. I have read your material here and also your background document. Is there some idea here that "internal markets" is a code term for further privatization and for-profit health care that I missed? As the chairman knows, I did not dissent. I gave my assent to this in good faith.

The Chairman: That is right.

Senator Roche: Was I wrong? You are saying that you "fundamentally disagree" with the principle. That is rather strong. What should we do about the fact that your association does not agree with principle 13 as we proceed into volume 6? In what manner can we make an adjustment or apply this principle as we move forward into the financial-based recommendations?

Ms Sholzberg-Gray: Principle 13 refers to internal markets created by the purchasing power of primary care provider groups. It seemed to us that this would be better left in the hands of regional health authorities in those provinces where there is regionalization. To us, either permitting or insisting that primary care provider groups purchase services on behalf of their clients merely adds another layer of bureaucracy. One can just imagine the number of purchaser-provider groups there would be.

Second, in most regions of this country, there are not many providers. In small provinces, there would not be even one tertiary care provider, let alone two. It is not as if they could bargain for tertiary care services. They usually have to send people out of province or to a city. Buying hospital services on behalf of clients would not really work in most provinces.

At best, this would be a big-city model that could apply to maybe three or four cities in this country. Even in a city like Ottawa — I wish Dr. Keon were here — I do not really think that

Le sénateur Roche: Les deux principes qui restent me préoccupent. Nous venons tout juste d'avoir un débat intéressant sur le financement fondé sur les services dispensés. Ce que j'en retiens, monsieur le président, c'est que nous sommes peut-être plus proches qu'on aurait d'abord pu le penser.

Le président: Exactement.

Le sénateur Roche: Je vais laisser cette question de côté. J'aimerais maintenant me tourner vers votre deuxième désaccord, qui porte sur les marchés internes, qui constituent le principe 13. Le principe 13 se lit comme suit:

[...] un «marché interne» devrait probablement être constitué où les équipes de soins primaires achèteraient, pour le compte de leurs clients, des services de santé auprès des hôpitaux et des autres établissements de santé.

À la lecture de la première version, le principe m'est apparu acceptable. C'est peut-être parce que je ne maîtrise pas suffisamment le dossier. Ce qui est sûr, c'est que je ne le possède pas comme vous. J'ai lu le mémoire que vous avez déposé et votre document d'information. Est-il possible que la notion de «marché interne» soit une sorte de code désignant une privatisation plus poussée et la prestation de soins de santé à but lucratif dont la portée m'aurait échappé? Comme le sait bien le président, je n'ai pas soumis d'avis dissident. J'ai donné mon assentiment de bonne foi.

Le président: C'est exact.

Le sénateur Roche: Me suis-je trompé? Vous parlez du désaccord fondamental que vous avez avec ce principe. Voilà un langage assez vigoureux. Qu'est-ce que nous devrions faire devant le fait que votre association n'est pas d'accord avec le principe 13, tandis que nous abordons le volume 6? Comment pourrions-nous rajuster le tir ou appliquer ce principe au moment de passer aux recommandations financières?

Mme Sholzberg-Gray: Le principe 13 parle de marchés internes créés par le pouvoir d'achat des groupes de fournisseurs de soins primaires. Selon nous, il semble qu'il vaudrait mieux laisser cela entre les mains des administrations régionales de la santé dans les provinces où il y a régionalisation. Pour nous, si on permet que les groupes de fournisseurs de soins primaires achètent des services au nom de leurs clients ou qu'on insiste pour qu'ils le fassent, cela ne fera qu'ajouter un étage à l'édifice bureaucratique. On ne peut qu'imaginer le nombre de groupes de fournisseurs-acheteurs qu'il y aurait.

Deuxièmement, dans la plupart des régions du pays, les fournisseurs ne sont pas très nombreux. Dans les petites provinces il n'y aurait pas un seul fournisseur de soins tertiaires, encore moins deux. Ce n'est pas comme s'ils pouvaient marchander les services de soins tertiaires. Habituellement, ils doivent envoyer quelqu'un se faire soigner dans une autre province ou dans une certaine ville. L'achat de services hospitaliers au nom des clients est une formule qui ne fonctionnerait pas vraiment dans la plupart des provinces.

Au mieux, ce serait un modèle proprement urbain qui s'appliquerait à trois ou quatre grandes villes au Canada. Même dans une ville comme Ottawa — si au moins le docteur Keon était

another entity could set up a heart institute in competition with the University of Ottawa Heart Institute and provide services at the same level of efficiency and quality. That is not on.

Senator Roche: Let me resurface as an Albertan, and particularly one from Edmonton, where the Capital Health Authority is famous. Does the manner in which the Capital Health Authority operates in this regard meet with your approval?

Ms Sholzberg-Gray: First of all, you are talking about Bill 11 — buying private services and having small clinics do overnight surgery. Here we are talking about relatively minor procedures that could be provided in a repetitive way. It is not a question of competition or internal markets; it is obviously a question of insufficient capacity.

Senator Roche: Are you afraid that the implementation of principle 13 will lead to more bills like Bill 11? Can you tell me what your real concern is?

Ms Sholzberg-Gray: Yes. The report constantly talked about internal markets and suggested that it would be a good thing in this country if all sorts of private health clinics, private hospitals, private providers were set up in competition with current not-for-profit providers, and that somehow — this was the interesting thing — that would drive down costs. Our reading of it would be that, in the end, it would drive up costs. The reason is that, if you develop extra providers or more facilities than you need to provide services, some of them will have excess capacity.

An example of this is the United States, where providers are operating at 60, 70 or 80 per cent capacity. Frankly, we are operating at too high a level right now, with capacity close to 100 per cent, and even higher, in most of the hospitals in this country. In other words, because the health system is not an ordinary market, excess capacity drives up costs. It does not drive them down. That is really our concern.

Also, we have seen no evidence that any of these other providers are providing services more cheaply than the current not-for-profit providers. They might be providing them as cheaply sometimes, but that is largely because they are skimming off the easy things to do and cherry-picking, that kind of thing.

We have repeatedly said that we do not think that private delivery is inherently evil. We think it is a fine thing in many areas. There is much good delivery, depending on the area and what is being done, in such ancillary services as food, laundry and so on. There is sense in contracting out laboratory, blood testing

là — je ne crois pas vraiment qu'une autre entité puisse mettre sur pied un institut de cardiologie qui rivaliserait avec l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa et qui fournirait des services d'une aussi grande efficacité et d'une aussi grande qualité. Ça ne marche pas.

Le sénateur Roche: Me revoici, Albertain, et particulièrement l'Albertain originaire d'Edmonton, là où la Capital Health Authority est célèbre. La façon dont fonctionne la Capital Health Authority à cet égard est-elle correcte à vos yeux?

Mme Sholzberg-Gray: D'abord, vous parlez du projet de loi 11 — le fait d'acheter des services privés et d'avoir de petites cliniques qui s'occupent de la chirurgie élective. Il s'agit ici d'interventions relativement mineures qui peuvent être pratiquées de manière répétée. Il ne s'agit pas de concurrence ou de marchés internes; à l'évidence, il s'agit d'une capacité insuffisante.

Le sénateur Roche: Craignez-vous que la mise en œuvre du principe 13 ne conduise à d'autres projets de loi comme le projet de loi 11? Pouvez-vous me dire ce qui vous inquiète vraiment?

Mme Sholzberg-Gray: Oui. Le rapport fait constamment allusion à des marchés internes et laisse entendre que ce serait une bonne chose, au Canada, si toutes sortes de centres de santé privés, d'hôpitaux privés, de fournisseurs privés pouvaient s'établir et rivaliser avec les fournisseurs sans but lucratif qui sont déjà établis, et que cela, on ne sait trop comment — c'est ce qui est intéressant — aurait pour effet de faire baisser les coûts. Notre lecture du phénomène nous amène à croire que, en dernière analyse, cela aurait pour effet de faire augmenter les coûts. La raison est la suivante: si on se donne plus de fournisseurs ou plus d'installations qu'il en faut pour fournir les services, certains présenteront une capacité excédentaire.

Les États-Unis en sont un exemple: les fournisseurs fonctionnent à 60, 70 ou 80 p. 100 de leur capacité. Pour être franc, nous fonctionnons actuellement à un niveau trop élevé, presque à capacité, à 100 p. 100, et à un niveau encore plus élevé, dans la plupart des hôpitaux au Canada. Autrement dit, comme le réseau de la santé ne s'articule pas autour d'un marché ordinaire, la capacité excédentaire fait augmenter les coûts. Elle ne les fait pas baisser. Voilà ce qui nous inquiète vraiment.

De même, les données ne nous font pas voir que l'un quelconque de ces fournisseurs parvient à offrir les services à moins de frais que les fournisseurs sans but lucratif qui existent actuellement. Ils fournissent parfois les services à moindre frais, mais, pour une grande part, c'est parce qu'ils réclament pour eux-mêmes les tâches faciles, qu'ils choisissent ce qu'ils veulent bien faire.

Nous l'avons dit à maintes reprises: à nos yeux, le secteur privé n'est pas le grand satan. Nous croyons que le secteur privé est très bon dans certains domaines. L'exécution des tâches par le service privé est souvent bonne; cela dépend du domaine et de la tâche dont il est question. C'est le cas des services accessoires comme

and diagnostic services in the publicly funded system. There might be a role for providers of simple procedures.

As soon as you get into something more complex, we do not think you can make a lot of money. Therefore, the burden will end up on the current not-for-profit entities, and not new entities that are presumably being set up in competition with them.

We also need to look at the history of this country. Community-supported health and social services began about 100 years before medicare. It was the religious and ethnic groups in this country that developed the hospitals. They had to charge patients, of course, because there was no universal medicare, although obviously, some of those that could not afford it were not charged. I would think twice before giving up 135 years of history in this country whereby the hospital system was developed by communities to serve communities.

I would note again that in the United States, only 10 per cent of hospitals are private, for-profit businesses. Why? There is no money to be made unless you cherry-pick. There is a place for private delivery, and there are examples of successful private delivery in home care and long-term care. I would ask how they could provide quality care when governments are not giving them enough per diems, but that is another issue.

Mr. Odegard: I would like to add a specific response to your Edmonton example. When I was vice-president of operations at University Hospital in Edmonton, we were involved in discussions with orthopedic physicians, for example, on which prosthesis they would use. Through that discussion, and because facts and information were provided, they chose the right thing to improve quality and reduce costs. We brought them into the discussion.

Later, when I was vice-president of planning and evaluation with the Capital Health Authority in Edmonton, we created an exemplary project, the North East Centre, which you may be familiar with, a primary care centre that involves physicians and other providers in the decisions relating to the health of people in their immediate community.

All of this is based on the capacity to generate good data, good costing, and to involve the right people in those discussions. There are examples of those processes taking place. However, our aim here is not to artificially create a market, but just encourage the use of good data, involve providers and make the right decisions. I do not think we need another layer that may compromise that development.

l'alimentation, la lessive, et ainsi de suite. Il est logique d'attribuer par contrat les épreuves de laboratoire, les épreuves sanguines et les services de diagnostic que prend en charge le réseau public. Les fournisseurs capables de prendre en charge les tâches simples ont peut-être un rôle à jouer.

Dès qu'il s'agit d'une tâche plus complexe, nous ne croyons pas qu'il soit possible de faire beaucoup d'argent. Par conséquent, le fardeau finira par incomber aux entités sans but lucratif déjà établies et non pas aux nouvelles entités que l'on établit censément pour qu'elles leur fassent concurrence.

De même, il faut regarder l'histoire du pays. Les services communautaires de santé et d'assistance sociale précèdent l'assurance-maladie d'une centaine d'années dans l'histoire du pays. Ce sont les groupes religieux et ethnique du Canada qui ont fondé les hôpitaux. Ils devaient demander des frais aux patients, bien entendu, car il n'y avait pas d'assurance-maladie universelle, même si, évidemment, certains de ceux qui n'avaient pas les moyens de payer n'ont jamais reçu de facture. J'y penserais deux fois avant de tourner le dos à 135 ans d'histoire pendant lesquels le réseau hospitalier s'est développé sous l'impulsion des collectivités en vue d'un service aux collectivités.

Je signalerais encore une fois que, aux États-Unis, 10 p. 100 des hôpitaux sont des entreprises privées, à but lucratif. Pourquoi? Il n'y a pas d'argent à faire à moins de pouvoir être sélectif. L'exécution de tâches par le secteur privé a sa place, et il existe des exemples fructueux à cet égard pour ce qui est des soins à domicile et des soins de longue durée. Je demanderais comment ils peuvent fournir des soins de qualité quand les pouvoirs publics ne lui accordent pas une allocation quotidienne suffisante, mais c'est là une autre question.

M. Odegard: J'ajouterais quelque chose à propos de l'exemple d'Edmonton dont vous parlez, en particulier. À l'époque où j'étais vice-président des opérations à l'hôpital universitaire d'Edmonton, nous avons eu des discussions avec les orthopédistes, par exemple, à propos des prothèses qu'ils souhaitaient utiliser. Grâce à cette discussion et grâce aux faits et renseignements qui ont été fournis, ils ont choisi la bonne solution pour améliorer la qualité des soins et réduire les coûts. Nous avons fait en sorte qu'ils participent à la discussion.

Plus tard, à l'époque où j'étais vice-président de la planification et de l'évaluation à la Capital Health Authority, à Edmonton, nous avons créé un projet exemplaire — le North East Centre — dont vous êtes peut-être au courant. Il s'agit d'un centre de soins primaires qui fait participer des médecins et d'autres fournisseurs aux décisions touchant la santé des gens dans la collectivité immédiate.

Tout cela repose sur la capacité de produire de bonnes données, une bonne estimation des coûts, une démarche où les bonnes personnes participent aux discussions. Il existe des exemples des procédés qui sont employés. Tout de même, nous cherchons ici non pas à créer artificiellement un marché, mais plutôt à encourager simplement le recours à de bonnes données, à faire participer les fournisseurs et à prendre les bonnes décisions.

Senator Roche: Mr. Chairman, do you see a way in which we can bring the committee and our guests together on this point, without elaborating on it now? Can you see a way ahead?

The Chairman: I am always an optimist.

Senator Roche: Ms Sholzberg-Gray, the CHA is against a targeted, health-related tax. I would like you to spell it out for me here. It is my understanding that the committee, and indeed a lot of Canadians, would support a tax or increase in taxation for a restructured, improved health care system if it was dedicated, so that other ministers could not run off with the money. Could you explain to me again why you are against that?

The paragraph of explanation in your brief does not convince me, namely, that this could lead to a full array of targeted taxes. The Canadian people might then be reassured about where their tax money is going. Leave that aside.

Why would you not support a dedicated health tax, if it was done in an equitable manner?

Ms Sholzberg-Gray: First of all, I would like to refer to the POLLARA poll that was announced last week at our national conference. We are one of the partners in that annual health survey, which said 7 out of 10 Canadians would be willing to pay higher taxes — which is an interesting issue — if they could be assured that the money would be used to support improved access and a broader basket of services.

Mike Marzolini, the CEO of POLLARA, said he never before had a response to a poll saying Canadians were willing to pay more taxes so they can get the services they need. That gave us some food for thought. What it really means is the public does not trust the government to use those increased taxes for the things that they want them to be used for.

Our concern is you cannot have a dedicated tax for everything. My guess is there would not be that much support from the public for a set of taxes to go to welfare. Depending on where you live in this country, there might not be much support for foreign aid. We like the fact that Canadians are willing to pay more taxes for health care, and we would like to find a way to assure them that any increases in taxes would be used for that.

Senator Roche: Did you say 7 out of 10 Canadians support a tax for health care?

Ms Sholzberg-Gray: Yes, they would.

Je ne crois pas que nous devons ajouter à l'édifice bureaucratique un autre étage, ce qui pourrait compromettre le développement de l'ensemble.

Le sénateur Roche: Monsieur le président, voyez-vous comment nous pourrions faire en sorte que le comité et nos invités s'accordent sur ce point, sans apporter pour l'instant de précisions? Voyez-vous une façon d'aller de l'avant?

Le président: Je suis toujours optimiste.

Le sénateur Roche: Madame Sholzberg-Gray, la CASS est contre l'idée d'une taxe spéciale sur la santé. J'aimerais que vous m'expliquiez tout cela maintenant. Je crois savoir que le comité et, de fait, un grand nombre de Canadiens, seraient en faveur d'une taxe ou d'une imposition accrue en vue d'un réseau de la santé restructuré, amélioré — si la taxe était prévue spécialement pour cela — de sorte que d'autres ministres ne pourraient s'emparer de l'argent en question pour l'utiliser à d'autres fins. Pouvez-vous m'expliquer, encore une fois, pourquoi vous êtes contre cette idée?

Le paragraphe qui explique cela dans votre mémoire ne me convainc pas — il ne me persuade pas que cela pourrait conduire à toute une série de taxes spéciales. Les Canadiens pourraient alors être rassurés sur l'usage qui est fait de leurs impôts. Mettons cela de côté.

Pourquoi n'êtes-vous pas en faveur d'une taxe spéciale sur la santé, dans la mesure où celle-ci est appliquée équitablement?

Mme Sholzberg-Gray: D'abord, j'aimerais mentionner le sondage de la maison POLLARA dont nous avons fait l'annonce, la semaine dernière, à notre conférence nationale. Notre organisme et l'un des «partenaires» de cette enquête annuelle sur la santé, qui fait voir que 7 Canadiens sur 10 sont prêts à assumer des impôts plus importants — voilà une question intéressante — si on pouvait leur garantir que l'argent servirait à soutenir un accès amélioré et une plus vaste gamme de services.

Mike Marzolini, président-directeur général de POLLARA, a affirmé que, jamais auparavant, les Canadiens n'avaient déclaré, en répondant à une enquête, être prêts à payer un impôt accru pour obtenir les services dont ils ont besoin. Voilà qui nous a fait réfléchir. Ce qu'il faut vraiment comprendre ici, c'est que le grand public ne croit pas que le gouvernement va utiliser les recettes tirées de cet impôt accru pour ce à quoi les gens voudraient le destiner.

Ce que nous craignons, c'est qu'il y ait une taxe spéciale pour tout. Je devine que le public n'appuierait pas beaucoup un ensemble de taxes prévues pour l'assistance sociale. Selon l'endroit où on habite au Canada, il peut ne pas y avoir beaucoup d'appui pour l'aide à l'étranger. Nous apprécions le fait que les Canadiens soient prêts à accroître leur fardeau fiscal en échange de soins de santé, et nous aimerions trouver une façon de les rassurer sur le fait que toute augmentation servirait bel et bien à cela.

Le sénateur Roche: Avez-vous dit que 7 Canadiens sur 10 sont en faveur d'une taxe pour les soins de santé?

Mme Sholzberg-Gray: Oui, ils seraient en faveur.

Senator Roche: Was that in general terms, or did that poll specify that those who assented to this wanted it to be dedicated?

Ms Sholzberg-Gray: It said 7 out of 10 Canadians wanted to pay more taxes for improved access to health care, to improve the health system generally, and for a broader basket of services. They wanted to be assured it was a dedicated health tax, without question.

Senator Roche: If this committee did come out in favour of a dedicated tax in its financial recommendations, would you then oppose it on the grounds you have given us so far?

Ms Sholzberg-Gray: That would put us in a difficult position. We have said that Canadians are prepared to pay taxes for health care. We are being responsible citizens here. We would like that dedicated tax because we want more money for health care. At the same time, we are saying that perhaps at some future date, money might be needed for housing or environmental issues, which also impact on health. We would be nervous about setting aside in perpetuity a sum of money for health that might be needed in other areas.

The Chairman: Just to add to your interpretation of the poll, I read it and the question did not use the words "dedicated tax." The question was: Would you be prepared to pay more money if you could be assured absolutely that the money goes into health care? In effect, it was a dedicated tax.

Ms Sholzberg-Gray: Maybe they were thinking of a national health premium. In the next poll, we will certainly have to word the question more precisely.

The Chairman: By the way, we agree with you, a premium is a tax.

Senator Roche: Would you support a national premium?

Ms Sholzberg-Gray: I should not have raised it here, as I do not want it to become a headline. In general, we do not like the idea of premiums either.

Senator Roche: They are not equitable.

Ms Sholzberg-Gray: They are regressive.

Senator Robertson: A supplementary question on this: Given what you have said about a dedicated tax, do you disagree with the Canada Pension Plan, Workers' Compensation, Employment Insurance and that sort of thing?

Ms Sholzberg-Gray: To be perfectly honest, Employment Insurance premiums go into the Consolidated Revenue Fund.

Le sénateur Roche: Est-ce l'idée générale ou encore avez-vous précisé dans le sondage que ceux qui sont d'accord souhaitent qu'il s'agisse d'une taxe spéciale?

Mme Sholzberg-Gray: Selon le sondage, 7 Canadiens sur 10 veulent payer plus de taxes et impôts pour améliorer l'accès aux soins de santé, pour améliorer le réseau de la santé en général et pour obtenir une plus vaste gamme de services. Ils souhaitent être rassurés sur le fait qu'il s'agit d'une taxe spéciale pour la santé et rien d'autre.

Le sénateur Roche: Si notre comité se prononçait en faveur d'une taxe spéciale dans ses recommandations financières, est-ce que vous vous opposeriez alors selon les raisons que vous nous avez données jusqu'à maintenant?

Mme Sholzberg-Gray: Cela nous mettrait dans une position difficile. Nous avons dit que les Canadiens sont prêts à payer des taxes pour les soins de santé. Nous agissons ici en bons citoyens. Nous aimerions que cette taxe spéciale existe parce que nous souhaitons qu'il y ait plus d'argent d'investi dans la santé. En même temps, nous disons que, peut-être, à un moment donné, à l'avenir, il faudra de l'argent pour le logement ou l'environnement, ce qui a aussi une incidence sur la santé. Cela nous rendrait nerveux de décider de mettre de côté à perpétuité une somme d'argent pour la santé, somme d'argent qui pourrait se révéler nécessaire dans d'autres secteurs.

Le président: J'ajouterais quelque chose à propos de votre interprétation des résultats du sondage. J'en ai fait la lecture, et le terme «taxe spéciale» ne figure pas dans la question posée. La question posée est la suivante: Seriez vous prêt à payer plus d'argent si on vous garantissait que l'argent recueilli serait investi dans les soins de santé? Dans les faits, il s'agissait d'une taxe spéciale.

Mme Sholzberg-Gray: Peut-être qu'ils pensaient à une cotisation nationale sur la santé. Au moment de la prochaine enquête, nous allons certainement devoir formuler la question de manière plus précise.

Le président: Soit dit en passant, nous sommes d'accord avec vous: une cotisation, c'est une taxe.

Le sénateur Roche: Seriez-vous en faveur d'une cotisation nationale?

Mme Sholzberg-Gray: Je n'ai pas soulevé la question ici, car je ne veux pas que cela se retrouve dans les manchettes. En règle générale, nous n'aimons pas non plus l'idée des cotisations.

Le sénateur Roche: Elles ne sont pas équitables.

Mme Sholzberg-Gray: Elles sont régressives.

Le sénateur Robertson: Question supplémentaire: Compte tenu de ce que vous avez dit à propos d'une taxe spéciale, êtes-vous contre le Régime de pensions du Canada, l'indemnisation des accidents du travail, l'assurance-emploi et les mesures de cette nature?

Mme Sholzberg-Gray: Pour être tout à fait franc, il faut dire que les cotisations à l'assurance-emploi sont versées dans le Trésor.

Senator Robertson: They do now.

Ms Sholzberg-Gray: The Canada Pension Plan is not a tax; it is a contribution to a particular pension.

It is a contribution to pension benefits. Canadians might view it as a tax, but it is not.

Workers' Compensation is a tax. You are right; it is a dedicated tax going into a separate fund. That is why, contrary to what the public thinks, Workers' Compensation health care expenses are included in the public basket, not the private basket, according to the definition of the Canadian Institute for Health Information.

Senator Roche: Health is so important that it might indeed justify a dedicated tax without raising the worry that you would have to have a dedicated tax for everything. You used the example of foreign aid. How many people would be unwilling to pay a foreign-aid tax because they do not understand it, and so on?

I would like to continue this discussion. It is fascinating and I am learning a lot. In the interests of time, I want to move to the third area, which again draws on your not inconsiderable political experience in our country.

Do you think, Ms Sholzberg-Gray, it would be a foolish to recommend the opening up of the Canada Health Act to include some new principles, for the possible fear that those — and let us put it bluntly — who do not take my position on health care, which is a strong social justice position, would then try to diminish it? In that case, we would have a debate in which the minuses would cancel the pluses for health care, and therefore we had better leave it alone and make some improvements in the existing system. What is your view?

Ms Sholzberg-Gray: I can tell you what the view of our association has been. We have been always on record as very strongly supporting the Canada Health Act and its principles. Frankly, I think this committee does too. We are concerned from a political perspective about opening up the Canada Health Act. We are concerned that some of the principles that we hold dear, given other circumstances that might occur at the time, might be watered down. It might result, for instance, in the Canada Health Act being opened up at a time of either bad or good federal-provincial relations that might impact on what would be included in the new act. There is always a considerable minority in this country that somehow thinks that the Canada Health Act constrains change or reform. We do not think it does. There is nothing in the Canada Health Act that prevents all the reforms we are talking about from taking place. We would like to keep the Canada Health Act as it is.

Le sénateur Robertson: Elles le sont maintenant.

Mme Sholzberg-Gray: La cotisation au Régime de pensions du Canada n'est pas une taxe; c'est une cotisation en vue d'une pension particulière.

C'est une cotisation à un régime de prestation de pensions. Les Canadiens considèrent peut-être cette cotisation comme une taxe, mais ce n'en est pas une.

La cotisation au régime d'indemnisation des accidents du travail est une taxe. Vous avez raison, c'est une taxe spéciale — les sommes recueillies sont versées dans un fonds distinct. C'est pourquoi, contrairement à ce que pense le grand public, les dépenses de santé liées à l'indemnisation des accidents du travail figurent dans le coffre public, et non pas le coffre privé, selon la définition de l'Institut canadien d'informations sur la santé.

Le sénateur Roche: La santé a une telle importance qu'elle pourrait, de fait, justifier l'imposition d'une taxe spéciale sans susciter chez les gens la crainte qu'il finirait par y avoir une taxe spéciale pour tout. Vous avez pris comme exemple l'aide à l'étranger. Combien de gens seraient contre l'idée de payer une taxe pour l'aide à l'étranger parce qu'ils ne comprennent pas et ainsi de suite?

J'aimerais continuer cette discussion. C'est fascinant, j'en apprends beaucoup. Faute de temps, nous allons aborder le troisième secteur, ce qui, encore une fois, fait appel à l'expérience politique non négligeable que vous possédez.

Croyez-vous, madame Sholzberg-Gray, qu'il serait bête de décadénasser la Loi canadienne sur la santé de manière à y intégrer des principes nouveaux, par crainte que ceux — disons les choses directement — qui ne nourrissent pas le même point de vue que moi sur la santé, c'est-à-dire un point de vue où la justice sociale prime, s'y attaquent? Dans ce cas, il faudrait avoir un débat où les aspects négatifs finiraient par annuler les aspects positifs pour ce qui est des soins de santé; il vaudrait donc mieux n'y pas toucher et apporter des améliorations au système existant. Qu'en pensez-vous?

Mme Sholzberg-Gray: Je peux vous dire ce qu'en pense notre association. Nous avons toujours appuyé vigoureusement la Loi canadienne sur la santé et les principes qui y sont énoncés. Pour être franche, je crois que c'est le cas du comité aussi. L'idée de rouvrir la Loi canadienne sur la santé nous préoccupe d'un point de vue politique. Nous craignons que certains des principes que nous avons à cœur, étant donné d'autres circonstances pouvant survenir au moment dont il est question, ne finissent par être dilués. Par exemple, la Loi canadienne sur la santé pourrait être rouverte à un moment où les relations fédérales-provinciales sont mauvaises ou bonnes, ce qui aurait peut-être une incidence sur les éléments inclus dans la nouvelle loi. Il y a toujours au Canada une minorité considérable qui, pour une raison ou une autre, croit que la Loi canadienne sur la santé inhibe le changement ou la réforme. Nous ne sommes pas de cet avis. Il n'y a rien dans la Loi canadienne sur la santé qui empêche de procéder à quelques réformes parmi celles dont nous discutons. Nous voudrions que la Loi canadienne sur la santé reste telle quelle.

Senator Roche: Would you follow the old principle that if it ain't broke, don't fix it?

Ms Sholzberg-Gray: Except parts of it are broke. We would like to have a companion act, if possible. There are companion acts to it right now. The act that created the CHST is a companion act, in a sense. We would not mind a companion act or acts. We would not mind having a little more on accountability, although it seems to me you could always have regulations under the Canada Health Act that were more precise in those areas. No regulations have ever been promulgated under the Canada Health Act since the time it came into force in 1984, even though that was possible. That is a way to proceed. We agree with the notions of accountability and equality. Those things have to be part of the act. We also agree that services such as home, community, and long-term care, and some parts of pharmacare, which is a subject for another day, could find their way into a national act. It could be a companion act that would benefit Canadians.

We would be nervous about opening up the act at this time. I have a great deal of regard for Monique Bégin, who is a friend. She is not concerned about opening up the act. She is concerned about ensuring that home care that is replacing acute care, catastrophic pharmaceuticals, and other crucial principles are included in an act immediately. We are nervous about doing it. We are nervous about the government of the day that would be in charge of it. We are nervous about the political climate at the time it was opened up. On balance, we would recommend not doing it. Do it through a companion piece of legislation or through regulations.

The Chairman: You said in your answer that you might have some information on something on which we have none. Even if it were rough information, it would be useful.

You talked about home care, and I presume you would have added drug care that is a direct replacement for acute-care hospital coverage. We have been trying to get a handle on the cost, however much of a ballpark figure or an estimate it would be, recognizing you would have to make all kinds of crude assumptions, such as, perhaps, that it only covers the first seven days out of hospital or something like that. It is very clear what has transpired in the last several years. There has been a transfer from public sector funding to private sector funding through making people leave hospitals earlier and requiring that they pay for the home care and the drug care.

Le sénateur Roche: Est-ce que vous appliqueriez le vieux principe: on ne touche pas à ce qui fonctionne?

Mme Sholzberg-Gray: Sauf qu'il y a des éléments qui ne fonctionnent pas. Nous souhaiterions qu'il y ait, dans la mesure du possible, une loi complémentaire. Il existe des lois complémentaires en ce moment même. La loi qui a permis de créer le TCSPS est, d'une certaine manière, une loi complémentaire. Nous ne sommes pas contre l'idée d'une loi ou de lois complémentaires. Nous ne sommes pas contre l'idée de favoriser un peu plus la transparence, mais il me semble qu'on pourrait toujours avoir des dispositions réglementaires associées à la Loi canadienne sur la santé qui seraient plus précises à cet égard. Aucune disposition réglementaire n'a été édictée sous le régime de la Loi canadienne sur la santé depuis que celle-ci est entrée en vigueur, en 1984, même si cela a été possible. Voilà une façon de procéder. Nous sommes d'accord avec les idées de transparence et d'égalité. Ce sont des éléments qui doivent faire partie de la loi. Nous sommes d'accord aussi avec l'idée d'inclure dans une loi nationale les services dont il est question — soins à domicile, soins communautaires et soins de longue durée, et l'assurance-médicaments sous certains aspects, sujets dont nous pourrions discuter une autre fois. Cela pourrait prendre la forme d'une loi complémentaire qui serait à l'avantage des Canadiens.

L'idée de rouvrir la loi en ce moment nous rend nerveux. J'ai beaucoup d'égards pour Monique Bégin, c'est une amie. L'idée de rouvrir la loi ne la préoccupe pas. Ce qui la préoccupe, c'est de s'assurer que les soins à domicile, qui sont destinés à remplacer les soins actifs, les dispositions touchant les médicaments aux coûts catastrophiques et d'autres principes cruciaux soient intégrés immédiatement à la loi. L'idée nous rend nerveux. L'idée que le gouvernement provisoire qui se trouve à être en place en soit chargé nous rend nerveux. Le climat politique qui sévissait au moment où la loi a été rouverte nous rend nerveux. Globalement, nous déconseillons l'idée de rouvrir la loi. Procédez en adoptant une loi complémentaire, sinon des dispositions réglementaires.

Le président: En répondant à la question, vous avez dit que vous auriez peut-être des renseignements sur quelque chose que nous avons fait. Même s'il s'agissait de renseignements plus ou moins bruts, ce serait utile.

Vous avez parlé des soins à domicile, et je présume que vous auriez ajouté l'assurance-médicaments qui sert à remplacer directement la couverture des soins actifs hospitaliers. Nous essayons d'estimer grosso modo le coût de l'affaire, si approximative que puisse être l'estimation dont il est question, en admettant qu'il vous faudrait, pour le faire, établir toutes sortes d'hypothèses grossières, par exemple, peut-être, que la couverture ne vaut que pour les sept premiers jours suivant le congé pris de l'hôpital ou quelque chose du genre. Ce qui arrive depuis plusieurs années ne fait aucun doute. Il y a eu transfert du financement du secteur public au financement du secteur privé: les gens sont contraints de quitter l'hôpital plus tôt qu'auparavant et d'assumer les frais des soins à domicile et des médicaments prévus.

Let me speak just for myself, because we have not discussed this officially. That strikes me as a clear violation of the Canada Health Act. It is certainly a violation of the spirit of our medicare program. One must also understand the huge difficulty in getting into a national home care program. It would be interesting to us to hear, however much of an estimate it was — and if you do not have an answer now, that is fine — how one could circumscribe it enough that so it was not completely open-ended. It could cover the immediate costs of people being sent home earlier than they would historically have been.

It would be wonderful if you people could do some thinking about how we could circumscribe it. I believe that you have to begin with small steps. Once you have established a principle, expanding it in the future becomes much easier. It is the first step that is difficult. If you could help us with that, it would be useful.

Senator Morin: People are not sent home earlier. They are sent home at the right time, because procedures have changed. People are not operated on in the same way. Now, there is laparoscopic surgery. They leave after two days, and that is it. Nobody is sent home earlier than they should be.

The Chairman: Let me phrase it differently. This is the advantage of having a doctor on the committee.

The reality is that the public perception is that our medicare program would cover the costs of all doctors — that is not at issue here — and the costs of receiving treatment in a hospital. If, as a result of having received treatment in a hospital, you incur certain immediate follow-up costs, my instinct is that most people would think that, consistent with the spirit of medicare, those ought to be covered.

I am now a layman talking to experts, which you two are. Is there a way to circumscribe it so it would not be some new, open-ended program, but at least the first small step toward moving into the home care area?

Ms Sholzberg-Gray: I am not sure if Peter Coyte has ever appeared before the committee. He is from the University of Toronto. He has done a lot of work on costing home care. It might be useful for you to speak to him. I am a member of the advisory committee for his institute at the University of Toronto, which is the only home care research program at the university level. He is an economist and has a chair in that area. You might get some figures from him.

It is logical that acute-care replacement home care be universally accessible, or at least that people be assessed before they leave the hospital to determine the extent to which follow-up care is needed. Different technologies and new approaches to surgery might lead to shorter stays. Some people need blood thinner injections for 10 days after being released from the

Permettez-moi de parler en mon nom personnel, c'est que nous n'avons pas discuté de la question officiellement. Ce serait bien une transgression de la Loi canadienne sur la santé. Cela va certainement à l'encontre de l'esprit de notre programme d'assurance-médicaments. Il faut comprendre la difficulté énorme que suppose le fait de s'engager dans un programme national d'assurance-médicaments. Cela nous intéresserait de savoir, si approximatif que puisse être le calcul — et vous n'êtes pas obligée de répondre tout de suite — comment cerner la question suffisamment pour qu'on n'avance pas tout à fait dans la brume. Il pourrait s'agir notamment des coûts immédiats qu'il faudrait engager pour envoyer les gens à la maison plus tôt qu'auparavant.

Si vous pouviez réfléchir un peu à la manière dont on pourrait cerner cela, ce serait merveilleux. Je crois qu'il faut commencer modestement. Une fois un principe établi, cela devient beaucoup plus facile de l'appliquer à l'avenir. C'est le premier geste qui est difficile. Si vous pouviez nous aider, ce serait utile.

Le sénateur Morin: On n'envoie pas les gens à la maison plus tôt. On les envoie à la maison au bon moment, parce que les interventions ne sont plus les mêmes. Les interventions chirurgicales ne se pratiquent plus de la même façon. Aujourd'hui, il y a la laparoscopie. Les gens prennent leur congé de l'hôpital après deux jours, et le tour est joué. Personne n'est renvoyé à la maison plus tôt qu'il ne faudrait.

Le président: Permettez-moi de reformuler. Voilà l'avantage d'avoir un médecin qui siège au comité.

Pour ce qui est de la perception du public, notre programme d'assurance-maladie couvrirait le coût de consultation de tout médecin — ce n'est pas la question dont il s'agit ici — et le coût du traitement reçu à l'hôpital. Si, du fait d'avoir reçu tel traitement à l'hôpital, il faut engager tout de suite certains coûts pour le suivi, d'après mon instinct, je dirais que la plupart des gens penseraient, et c'est là l'esprit du régime de l'assurance-maladie, que cela devrait être couvert.

Me voici, le profane, qui s'adresse à des spécialistes. Vous l'êtes, tous les deux. Y a-t-il une façon de cerner la question de manière à ne pas créer un programme sans limite, à entrer modestement dans le champ des soins à domicile?

Mme Sholzberg-Gray: Je ne sais pas si Peter Coyte a déjà témoigné devant le comité. Il travaille à l'Université de Toronto. Il a étudié considérablement la question du coût des soins à domicile. Il serait peut-être utile pour vous de vous entretenir avec lui. Je suis membre du comité consultatif de son institut à l'Université de Toronto, qui compte le seul programme de recherche sur les soins à domicile au niveau universitaire. Il est économiste et il occupe une chaire dans ce domaine. Il pourra peut-être vous donner des chiffres.

Il est logique que les soins à domicile destinés à remplacer les soins actifs soient universellement accessibles, ou, tout au moins, que les gens fassent l'objet d'une évaluation avant de prendre leur congé de l'hôpital, l'évaluation visant à déterminer la mesure dans laquelle ils ont besoin d'un suivi. L'application de techniques différentes et d'approches chirurgicales nouvelles servira peut-être

hospital. Some people need to have their dressing changed for 10 days. Those things ought to be followed up. It seems to me that is a first step.

We have not sufficiently distinguished between ongoing, chronic care needs of certain population groups, including seniors, and acute care.

Home care straddles both.

The Chairman: That is exactly why I am trying to somehow separate them.

Ms Sholzberg-Gray: We have to separate them. Marcus Hollander does a lot of work out in British Columbia on continuing care. He has been trying to distinguish between acute care and long-term continuing care, which are susceptible to different principles and different approaches. Both of them require that people have access to the services they need, but different principles, perhaps not Canada Health Act principles, would apply to ongoing chronic care as opposed to acute care. It is not simple, but it can certainly be done. People have done work in the area.

The Chairman: My clerk just informed me that the professor at U of T whom you mentioned is appearing before us.

Any information you have on that would be helpful.

Mr. Odegard: A number of health authorities are already tracking the costs of TPN, or total parenteral nutrition, which would normally be a reason for keeping someone in hospital, intravenous therapy, wound management, a number of these post-acute treatments that would allow people to go home, as well as early discharge of mothers and babies and follow up through home care. A number of health authorities are allocating funds to provide for that while ignoring the Canada Health Act — it is immaterial to them — in providing that service. We could seek that information from our provincial members.

The Chairman: If you could do that, it would be helpful, recognizing that progress must be made in feasible steps. If we were to recommend something in that area, it would have to be reasonably circumscribed, in the sense, as Ms Sholzberg-Gray has said, that you need to draw a line between post-acute care and long-term care.

Ms Sholzberg-Gray: We are saying long-term care is a critical issue that must be addressed.

The Chairman: We are on the same wavelength; however, I am trying to suggest that it might be pragmatically possible.

à raccourcir les séjours hospitaliers. Certaines personnes ont besoins d'une injection d'anticoagulant dix jours après avoir obtenu leur congé de l'hôpital. D'autres ont besoin d'un nouveau pansement pendant dix jours. Il faut que ce suivi se fasse. Il me semble que ce serait là une première mesure utile à adopter.

Nous n'avons pas suffisamment fait la distinction entre les besoins permanents de certains groupes dont l'état est chronique, par exemple les personnes âgées, et les soins actifs.

Les soins à domicile prennent les deux formes.

Le président: C'est justement pourquoi j'essaie de les dissocier, d'une manière ou d'une autre.

Mme Sholzberg-Gray: Nous devons les dissocier. Marcus Hollander étudie beaucoup la question des soins prolongés, en Colombie-Britannique. Il essaie de faire la distinction entre les soins actifs et les soins prolongés de longue durée, qui se prêtent à divers principes et à diverses approches. Dans les deux cas, les gens doivent pouvoir accéder aux services dont ils ont besoin, mais ce sont des principes différents, et peut-être pas ceux qui se trouvent dans la Loi canadienne sur la santé, qui s'appliqueraient aux soins permanents dispensés à ceux dont l'état est chronique, par rapport aux soins actifs. Cela n'est pas simple, mais c'est certainement une chose qui peut se faire. Il y a des gens qui travaillent dans ce domaine.

Le président: La greffière me signale que le professeur de l'Université de Toronto dont vous avez parlé va bel et bien comparaître.

Tout renseignement que vous auriez à ce sujet serait utile.

M. Odegard: Plusieurs autorités sanitaires suivent déjà le coût de la NPT, soit la nutrition parentérale totale, dans les cas où il serait justifié, normalement, de garder quelqu'un à l'hôpital, de prévoir un traitement par voie intraveineuse, de traiter les plaies, pour plusieurs des traitements de suivi dans les cas où les gens pourraient s'en aller chez eux; il en irait de même des mères avec leurs nouveaux-nés, qui pourraient prendre leur congé rapidement et faire l'objet d'un suivi à domicile. Plusieurs autorités sanitaires prévoient déjà des fonds pour prendre en charge ces mesures tout en faisant fi de la Loi canadienne sur la santé — cela n'a rien à voir, pour eux — en vue de fournir ce service. Nous pourrions chercher à obtenir les renseignements de cette nature de nos membres provinciaux.

Le président: Si vous pouviez faire cela, ce serait utile; il est établi que le dossier doit suivre une évolution viable. Si nous avions à recommander quelque chose dans le domaine, il faudrait que la question soit raisonnablement bien cernée, au sens où l'entendait Mme Sholzberg-Gray, c'est-à-dire qu'il faut faire la distinction entre le suivi immédiat des soins actifs et les soins de longue durée.

Mme Sholzberg-Gray: Ce que nous affirmons, c'est que les soins de longue durée représentent une question d'une importance capitale qu'il faut régler.

Le président: Nous sommes sur la même longueur d'onde; tout de même, j'essaie de proposer une solution qui serait pratique, possible.

Senator Morin: Mr. Odegard is saying that it is being done in many provinces and institutions.

Ms Sholzberg-Gray: New Brunswick is a leader in that area.

Senator Morin: Yes, and it is being done in Quebec and out West. It is being done already.

The Chairman: We had some discussion already about the so-called "hospital without walls" in New Brunswick.

Senator Cordy: I wish to comment on the targeted tax for health care that Senator Roche brought up, and which you are against. When I look at the results of the POLLARA poll that showed Canadians are willing to take an increase in taxes provided the money goes to health care, I could easily read that as being in favour of a dedicated tax. Your own suggestion is that perhaps next time, the question should be a little more specific to determine whether or not that is what Canadians meant by the answer that they gave to Michael Marzolini.

The other questions that I have are on service-based funding; however, in your explanation to the committee, indeed we are not that far apart. The questions are actually for clarification.

You agree with the committee on the need for stable and predictable funding for provincial governments, hospitals and so on, in order to provide health care services for Canadians. You said that when this funding is provided, clear objectives should be established. Do you mean earmarked funding? What do you mean?

Ms Sholzberg-Gray: A lot of governments are asking CEOs of regional health authorities for contracts based on performance outcomes and so on. We are not opposed to that.

We are really in favour of people knowing the amount of money they have to spend and what they are responsible for providing with it. Currently, governments give money to regional health authorities or hospitals and then say, "This is what you are getting, but give care to everyone, everything they need, and by the way, if you have a deficit you are not being good managers." That is not the way to go. They must know what they are responsible for providing and they must have enough money, or else — and this where you have another recommendation — when there are funding cuts, they should be explained. In other words, we need rules and responsibility, clarity on what outcomes are expected, and the ability to say in advance, "For that money, we cannot do that."

Senator Cordy: In other words, Canadians are not seeing that money as going into this big black hole.

Le sénateur Morin: M. Odegard dit que cela se fait dans nombre de provinces et d'établissements.

Mme Sholzberg-Gray: Le Nouveau-Brunswick est un chef de file à cet égard.

Le sénateur Morin: Oui, et on fait cela au Québec et dans l'Ouest. Cela se fait déjà.

Le président: Nous avons déjà discuté quelque peu du fameux «hôpital extra-mural» au Nouveau-Brunswick.

Le sénateur Cordy: J'aimerais traiter de la taxe spéciale pour les soins de santé dont le sénateur Roche a parlé, et à laquelle vous vous opposez. Quand je vois que, selon les résultats du sondage de la société POLLARA, les Canadiens sont prêts à accepter une augmentation d'impôt dans la mesure où l'argent recueilli est consacré aux soins de santé, je pourrais facilement interpréter cela comme un résultat favorable à une taxe spéciale. Vous proposez vous-même que, peut-être, la prochaine question soit formulée avec un peu plus de précision, pour que l'on puisse déterminer ce que les Canadiens voulaient dire précisément en donnant cette réponse à Michael Marzolini.

Les autres questions que je souhaite poser portent sur le financement des services particuliers; tout de même, si je comprends les explications que vous avez données au comité, je constate que nous ne sommes pas si loin de nous entendre sur la question. Les questions que je souhaite poser, de fait, visent à obtenir des éclaircissements.

Vous êtes d'accord avec le comité pour dire qu'il faut un financement stable et prévisible, afin que les gouvernements provinciaux, les hôpitaux et tout ce monde puissent dispenser des soins de santé aux Canadiens. Vous dites qu'au moment où ce financement sera fourni, des objectifs clairs devraient être établis. Entendez-vous par là un financement ciblé? Que voulez-vous dire?

Mme Sholzberg-Gray: Les gouvernements sont nombreux à demander au directeur des administrations régionales de la santé d'établir des contrats fondés sur leur rendement et ainsi de suite. Nous ne nous opposons pas à cela.

Ce que nous favorisons, forcément, c'est que les gens puissent savoir quel argent est à leur disposition et ce qu'ils doivent en faire. À l'heure actuelle, les gouvernements remettent des sommes d'argent aux administrations régionales de la santé ou aux hôpitaux, puis disent: «Voici la somme d'argent, mais soignez tout le monde, donnez à tous ce dont ils ont besoin et, soit dit en passant, si vous finissez par avoir un déficit, c'est que vous n'êtes pas de bons gestionnaires.» Ce n'est pas une façon de procéder. Les gens doivent connaître les tâches, les services qu'ils sont responsables de fournir et disposer d'une somme d'argent suffisante, sinon — et voilà où il y a une autre recommandation — quand il y a des compressions, il faut les expliquer. Autrement dit, il nous faut des règles et des responsabilités, il faut énoncer clairement quels sont les résultats attendus et il nous faut pouvoir dire à l'avance: «Si c'est là la somme d'argent à notre disposition, nous ne pouvons le faire.»

Le sénateur Cordy: Autrement dit, les Canadiens n'estiment pas que l'argent en question s'engouffre dans un gros trou noir.

Ms Sholzberg-Gray: We do not like a black hole.

Senator Cordy: Exactly. We have said that over and over again. You are suggesting accountability, are you not?

Ms Sholzberg-Gray: Yes, but there is more to it than that. We have to understand that 70 to 80 per cent of health costs are for labour, and we must understand also that during the years of cost cutting there was pent-up demand in terms of labour contracts, and rightly, a lot of provider groups, like nurses, are trying to make up for that. Governments sometimes impose a 5 per cent contract on the managers of the health system, whom they do not entrust with the negotiations, and that takes up all of the increase for that year, so the public will not necessarily notice any increase in services.

Senator Cordy: If, in fact, they received an increase in budget.

Ms Sholzberg-Gray: There are real problems. In other words, we must know what we can realistically expect for the amount of money that is provided.

Senator Cordy: Basically, you are not calling it "universality," but access to comparable services for all Canadians, and you are saying that there should be a standard assessment of service needs. Are you looking at income, or what specifically?

Ms Sholzberg-Gray: We were not talking about an income test. We were trying to address there the need to ensure that people have access to the community services or the facility-based services or the home care that they need. We are talking here about continuing care. There should be a standard assessment. There are all kinds of modalities out there.

Senator Cordy: I was not sure what that was.

Ms Sholzberg-Gray: People should not fall through the cracks and be left with nothing, assuming we will never have a health service in this country that will provide everyone with 24-hour, around-the-clock home care. That will not happen.

Senator Cordy: I was not aware of the bulk purchasing of drugs in Saskatchewan. It was stated that it negatively affects compliance with medication. The committee has heard, and certainly I heard in Nova Scotia when talking with doctors, that compliance is a major problem, whether or not we are purchasing in bulk. Doctors must watch their patients closely to ensure that they are taking medication. We are probably all guilty of having one or two tablets left in our prescription bottle after we have been to see the doctor.

Do you have statistics or evidence that you have gathered that shows compliance has been affected more negatively by bulk purchasing?

Mme Sholzberg-Gray: Nous n'aimons pas les trous noirs.

Le sénateur Cordy: Tout à fait. Nous l'avons répété et répété encore. Vous proposez la notion de responsabilisation, n'est-ce pas?

Mme Sholzberg-Gray: Oui, mais ce n'est pas que ça. Il faut comprendre qu'entre 70 et 80 p. 100 des coûts de santé sont consacrés à la main-d'œuvre, et il faut comprendre qu'à l'époque des compressions, il y a eu une demande qui s'est accumulée en ce qui concerne les conventions collectives et, de façon bien légitime, de nombreux groupes de fournisseurs, par exemple les infirmières, essaient de rattraper le terrain perdu. Les gouvernements imposent parfois, à raison de 5 p. 100, un contrat aux gestionnaires du réseau de la santé, à qui ils ne confient pas la tâche de négocier, et cela absorbe toute l'augmentation prévue pour l'année en question, de sorte que le public n'observe pas forcément une augmentation quelconque des services.

Le sénateur Cordy: Si tant est que, dans les faits, il y a eu une augmentation du budget.

Mme Sholzberg-Gray: Il y a des difficultés réelles. Autrement dit, nous devons savoir ce à quoi on peut s'attendre, de manière réaliste, étant donné la somme d'argent qui est fournie.

Le sénateur Cordy: Essentiellement, vous parlez non pas d'«universalité», mais plutôt d'accès à des services comparables pour tous les Canadiens, et vous dites qu'il devrait y avoir une évaluation normalisée des besoins en services. Est-ce que le revenu est le facteur que vous retenez, ou encore de quoi s'agit-il, en particulier?

Mme Sholzberg-Gray: Nous ne parlons pas d'un critère fondé sur le revenu. Nous essayons de faire en sorte que les gens aient aux services communautaires ou aux services en établissement ou aux soins à domicile qu'il leur faut. Nous parlons ici des soins prolongés. Il devrait y avoir une évaluation normalisée. Il y a toutes sortes de modalités possibles.

Le sénateur Cordy: Je ne suis pas sûre d'avoir compris cela.

Mme Sholzberg-Gray: Les gens ne devraient pas passer entre les mailles du filet et être laissés pour compte; tout en présumant que nous n'aurons jamais au Canada un service de santé qui fournira à tout le monde des soins à domicile 24 heures sur 24. Cela ne se fera jamais.

Le sénateur Cordy: Je ne savais pas qu'on achetait des médicaments en gros, en Saskatchewan. On a dit que cela avait un effet défavorable sur le respect de la posologie. Le comité a entendu dire — et j'ai certainement entendu cela en Nouvelle-Écosse quand je me suis entretenue avec un médecin — que le respect de la posologie représente une difficulté majeure, que l'on achète en gros ou non. Les médecins doivent surveiller leurs patients de près pour s'assurer qu'ils prennent leurs médicaments. Nous avons probablement tous péché par là: laisser dans la bouteille un ou deux comprimés que le médecin nous a prescrits.

Avez-vous des statistiques ou des éléments de preuve qui permettraient de savoir que l'achat en gros a eu une incidence néfaste sur le respect de la posologie?

Ms Saltmarche: We do not have it with us, but I can look into that and get back to you with that data.

Senator Cordy: I was also pleased that you concur with us that pharmacists are a vital part of primary care. You talk about the need for positive incentives to bring pharmacists into the primary care system. Would you explain what positive incentives you were referring to on page 10 of your brief?

Ms Saltmarche: Our members and their pharmacists are very ready to meet the challenges of integration into the primary care system to obtain full utilization of their skills. One incentive we need to look at is the reimbursement model. We touched earlier on the dispensing-fee model and the reimbursement for primary care services. We also need to look at educating other health care providers and encouraging utilization. Although that is not a direct incentive for pharmacists, you need to encourage the other providers, via education, I would suggest, to better integrate the pharmacists into the primary care model.

Senator Cook: Thank you for helping us once again with our challenging study.

I should like to return to principle 8. When I read the body of that in our chapter 5, and then look at your report, I see that we are drawing the same conclusions. However, we are probably using different wording, because our principle 8 contains two conditions. That is found on page 38 of the report, where it says: "All institutions, no matter what their ownership structure is, are subject to the same rigorous and independent quality control and evaluation system" that you will find in principles 15 and 16.

It is my understanding that if we change one of those principles, then we would be changing direction on this because one is dependent on the other. When I attempt to understand the concerns, I see the linkages, and then I am comfortable with it.

You tell me that the health system does not have the information systems or the personnel to provide the detailed information required. Would you share your vision as to what we had to have, as one step, an electronic patient record. Putting \$500 million into Canada Health Infoway will not accomplish that. It will take more like \$6 billion. What is the point of saying

Ms Sholzberg-Gray: Without necessarily supporting principle 8, we certainly support the principle of having totally accurate costing data. There is no question about that.

It will take an investment of money to achieve that. We have determined that it needs targeted funding from the federal government. For instance, let's say that the federal government decided, together with the provinces and the territories, that we had to have, as one step, an electronic patient record. Putting \$500 million into Canada Health Infoway will not accomplish that. It will take more like \$6 billion. What is the point of saying

Mme Saltmarche: Nous n'avons pas ces chiffres ici, mais je peux faire une recherche ou revenir avec les données en main.

Le sénateur Cordy: Cela m'a fait plaisir de savoir que vous êtes d'accord avec nous pour dire que les pharmaciens représentent un élément capital des soins primaires. Vous avez parlé de la nécessité de prévoir des mesures incitatives pour que les pharmaciens «entrent» dans le réseau de soins primaires. Pouvez-vous expliquer les mesures incitatives auxquelles vous faites allusion à la page 10 de votre mémoire?

Mme Saltmarche: Nos membres et leurs pharmaciens sont fin prêts à relever le défi que pose l'intégration au réseau de soins primaires, de façon à mettre pleinement à contribution leurs compétences. Une des mesures incitatives qu'il nous faut envisager est le remboursement. Nous avons parlé plus tôt du modèle de frais d'ordonnance et du remboursement des services de soins primaires. Nous devons envisager aussi de sensibiliser d'autres fournisseurs du réseau de la santé à la question et d'encourager ce recours. Ce n'est pas une mesure incitative qui vise directement les pharmaciens, mais il faut encourager les autres fournisseurs, par une sorte de sensibilisation, dirais-je, pour mieux intégrer les pharmaciens au modèle de soins primaires.

Le sénateur Cook: Merci encore de nous aider à réaliser l'étude difficile qui nous est confiée.

J'aimerais revenir au principe 8. Quand j'ai pris connaissance de cette notion dans son ensemble à la lecture de notre chapitre 5, puis que j'ai lu votre rapport, j'ai constaté que nous tirons les mêmes conclusions. Tout de même, nous employons probablement une formulation différente, car notre principe à nous suppose deux conditions. Cela se trouve à la page 38 du rapport, où il est dit: «Tous les établissements, indépendamment de leur structure de propriété, sont soumis au même système rigoureux et indépendant de contrôle de la qualité et d'évaluation.» On voit cela aux principes 15 et 16.

Si je comprends bien, si nous modifions un de ces principes, alors nous changeons d'orientation puisqu'un principe dépend de l'autre. Quand j'essaie de comprendre les préoccupations formulées, je vois les liens à faire, puis je suis rassurée.

Vous me dites que le réseau de la santé ne dispose pas des systèmes d'information ou du personnel nécessaires pour fournir les renseignements détaillés qu'il faut. Pouvez-vous nous dire quelle est votre vision de ce qu'il faut faire pour accomplir cela, et ce faisant, faire du principe énoncé une réalité?

Mme Sholzberg-Gray: Sans nécessairement appuyer le principe 8, nous appuyons certainement le principe selon lequel il faut des données tout à fait exactes sur les coûts. Cela ne fait aucun doute.

Il faudra investir une certaine somme pour y arriver. Nous avons déterminé qu'il faut que cela soit un financement ciblé provenant du gouvernement fédéral. Par exemple, disons que le gouvernement fédéral décide, de concert avec les provinces et les territoires, que nous devons, entre autres mesures, adopter le dossier électronique du patient. L'injection de 500 millions de dollars dans l'infirmerie de la santé du Canada ne permettra pas

that it will work and that is the objective, when that kind of money will not achieve it? A targeted fund is absolutely essential to reaching that goal.

The money would not be going into a black hole. The money is an investment, so that in the future, we will be able to know more of the things that we should know about our health system. That is the approach we would take. If you want to achieve something, determine your objective; provide the right amount of money; say what you expect for that money; and get it done. Tell people that it is an investment.

We cannot take that money away from front-line care tomorrow. Some people say there is enough money; it only needs to be better managed. All of the reforms that we discussed will achieve better outcomes and efficiencies. However, we cannot take \$6 billion out of front-line care and put it into information technology tomorrow and expect the Canadian public to be happy about it. We need a targeted fund.

Senator Cook: I understand what you are saying. I am a board member in Newfoundland, and we naively believed the government when it said that if we closed hospitals, we would achieve the savings that we needed. That day, less than 10 years ago, it was \$1 million, and as of last week when I enquired, it was up to \$11 million. We are just a small blip on the health-care radar screen.

In your last paragraph, you ask us to refocus our attention on replacing global funding to promote integration of hospital and community services, which would reduce inappropriate placement in hospital beds, et cetera. Where do you see us including that in the principles that we have outlined in our report?

Ms Sholzberg-Gray: You have to have a principle such that Canadians have access to a broad range of services to meet their needs and that the health system should take an integrated approach. I am not sure where you would place it. However, that is an essential principle, which is linked to the principle of appropriate care in the appropriate setting by the appropriate provider. That is the kind of thing that ultimately will also save money.

That principle is crucial. It is not just a question of cost per procedure or better costing information, which are also crucial, but appropriateness of care linked to an integrated approach, rather than having many separate silos, which still exist in our health system, even in the provinces where they have regional health authorities and have made best efforts toward integration.

d'y arriver. Il faudra une somme qui s'approche davantage des 6 milliards de dollars. À quoi bon de dire que cela va fonctionner et que c'est là l'objectif, quand la somme d'argent prévue ne permettra pas d'y arriver? Un fonds ciblé est absolument essentiel pour atteindre ce but.

L'argent ne s'engouffrerait pas dans un trou noir. L'argent en question est un investissement, pour que, à l'avenir, nous puissions connaître davantage des choses que nous devrions connaître à propos de notre réseau de la santé. C'est l'approche que nous souhaitons adopter. Si vous souhaitez parvenir à un but, déterminez votre objectif; prévoyez la bonne somme d'argent; dites ce à quoi vous vous attendez en échange de l'argent investi; et faites-le. Dites aux gens que c'est un investissement.

Nous ne pouvons toucher aux sommes prévues pour les soins de première ligne demain. Certains diront que la somme d'argent est suffisante; il n'y aurait qu'à mieux gérer la somme. Toutes les réformes dont nous avons discuté permettront d'arriver à de meilleurs résultats, à une meilleure efficience. Tout de même, nous ne pouvons prendre 6 milliards de dollars dans le budget des soins de première ligne et l'appliquer demain à la technologie de l'information et nous attendre à ce que le grand public en soit heureux. Nous avons besoin d'un fonds réservé.

Le sénateur Cook: Je saisis ce que vous dites. Je suis membre d'un conseil à Terre-Neuve, et nous avons, naïvement, cru le gouvernement quand il a dit que si nous fermions les hôpitaux, nous pourrions réaliser les économies qu'il nous fallait. Ce jour-là, il y a moins de 10 ans, c'était 1 million de dollars et, la semaine dernière, quand j'ai posé la question, le montant s'élevait à 11 millions de dollars. Nous occupons une toute petite place dans le tableau d'ensemble.

Dans votre dernier paragraphe, vous nous demandez de recentrer notre attention de manière à remplacer le financement global visant à promouvoir l'intégration des services hospitaliers et communautaires, ce qui réduirait le placement mal avisé des patients en milieu hospitalier et ainsi de suite. Selon vous, où pourrions-nous intégrer cela dans les principes que nous avons énoncés dans notre rapport?

Mme Sholzberg-Gray: Il faut prévoir un principe selon lequel les Canadiens ont accès à une vaste gamme de services qui répondent à leurs besoins et selon lesquels le réseau de la santé repose sur une approche intégrée. Je ne sais pas très bien où il faudrait mettre cela. Tout de même, c'est un principe essentiel qui est lié au principe des soins appropriés dans un contexte approprié, donnés par le fournisseur approprié. C'est le genre de chose qui, en dernière analyse, permettra aussi de réaliser des économies.

C'est un principe d'une importance capitale. Il s'agit non pas seulement de connaître le coût par intervention ou de mieux connaître les coûts en général, mais, et c'est encore plus important, de déterminer l'adéquation des soins liés à une approche intégrée, plutôt que d'avoir toutes sortes de «silos» distincts, qui existent encore dans notre réseau de la santé, même dans les provinces où il y a des administrations régionales de la santé et où on a fait les meilleurs efforts possibles en faveur de l'intégration.

That is why we are concerned about creating too much separation of hospitals and doctors, with primary health care reform somewhere in the middle, and long-term continuing care and community support services somewhere else. In other words, we must have principles that apply to all of it, so that we can approach the kind of integration that will actually create some of the savings and efficiencies that we want to achieve.

Senator Cook: I believe that as a society, we are at a point where we must take risks on the best evidence-based information that we have because change is being forced on us. Let's do it in a rational manner and move forward together. We will be faced with that over the summer when we make an informed decision as to the dollars and cents attached to those principles.

Senator Robertson: I have a supplementary question. Part of the work of this committee is to reflect on the role of the federal government in the delivery of health care. I was wondering if you could make some recommendations on how the federal government can improve the delivery of health care, whether it is something to reduce the cost or to make it more efficient. I do not have a particular issue in mind.

For example, Ms Turik, are you satisfied with the approval process for drugs? Can that be streamlined or better administered? Do your members in the hospital associations feel that there is enough support from the federal government in other ways? We must come back to our federal responsibility.

The Chairman: Take the electronic patient record. The ideal would be to have one national system. Why not have the feds fund the whole thing and give it to everyone?

Ms Sholzberg-Gray: I agree. We will have to have provincial buy-in, because ultimately, that will achieve further efficiencies for us. It may well be that if the federal government will agree to fund it 100 per cent, then the provinces will agree to use it. That is why we say that \$500 million is "nowhere" in all of this.

All of the discussion in your report on the federal role is excellent and important, and we fully support it. There are two roles for the federal government. The first is that of steward of medicare. Canadians look to the federal government to ensure that they have access to comparable services wherever they live in this country. Some of the federal health care services may be fraying around the edges, but it is still the health-care tier that Canadians look to, and they look to the Canadian government to guarantee it. We would say that the federal government has not been funding its fair share of that. The committee should say that openly in their recommendations.

C'est pourquoi nous craignons qu'il n'y ait une trop grande dissociation des hôpitaux et des médecins, avec la réforme des soins primaires quelque part dans le milieu, et les soins prolongés de longue durée et les services de soutien communautaire ailleurs. Autrement dit, il nous faut des principes qui s'appliquent à tout l'ensemble, pour que nous puissions envisager le type d'intégration qui créera assurément certaines des économies et des efficacités que nous recherchons.

Le sénateur Cook: Je crois que, en tant que société, nous en sommes à un stade où il faut accepter de courir des risques en nous fiant aux renseignements les plus rigoureux à notre disposition puisque le changement s'impose à nous. Agissons de manière rationnelle et avançons ensemble. Nous allons faire face à la question durant l'été, au moment de prendre une décision éclairée en ce qui concerne les sommes d'argent qu'il faut consacrer à la concrétisation de ces principes.

Le sénateur Robertson: J'ai une question supplémentaire. Le mandat du comité consiste notamment à réfléchir au rôle que doit jouer le gouvernement fédéral pour ce qui est de la prestation des soins de santé. Je me demandais si vous pourriez recommander certaines façons dont le gouvernement fédéral pourrait s'y prendre pour améliorer la prestation des soins de santé, qu'il s'agisse de réduire les coûts ou d'améliorer l'efficacité. Je n'ai pas de question particulière à l'esprit.

Par exemple, madame Turik, considérez-vous comme satisfaisant le processus d'approbation des médicaments? Serait-il possible de le rationaliser ou de l'administrer de meilleure façon? Les membres de vos associations d'hôpitaux sont-ils d'avis que les appuis du gouvernement fédéral sont suffisants? Nous devons revenir à notre responsabilité fédérale.

Le président: Prenons pour exemple le dossier électronique du patient. L'idéal, ce serait d'avoir un système national. Pourquoi ne pas confier au gouvernement fédéral le financement de l'ensemble du dossier et donner cela à tout le monde?

Mme Sholzberg-Gray: Je suis d'accord. Il faudra convaincre les provinces, parce qu'en dernière analyse, cela nous permettrait d'améliorer notre efficacité. Il se peut bien que si le gouvernement fédéral décide de le financer à 100 p. 100, les provinces accepteront d'y recourir. C'est pourquoi nous disons que 500 millions de dollars ne nous mènent nulle part dans cette affaire.

Tout l'exposé qui est présenté dans votre rapport à propos du rôle du gouvernement fédéral est excellent et important, et nous sommes tout à fait d'accord. Le gouvernement fédéral a deux rôles à jouer. Le premier, c'est celui de gardien du régime d'assurance-maladie. Les Canadiens souhaitent que le gouvernement fédéral s'occupe de garantir qu'ils ont tous accès à des services comparables, où qu'ils vivent au pays. Certains des services de santé fédéraux commencent à être un peu dégradés, mais c'est encore le réseau vers lequel les Canadiens se tournent et ils souhaitent que le gouvernement canadien le garantisse. Nous dirions pour notre part que le gouvernement fédéral n'assume pas sa juste part sur le plan du financement. Le comité devrait l'affirmer directement dans ses recommandations.

The committee should also say that the federal government should buy changes such as the electronic patient record. Money can buy things, and government can use the spending power for positive purposes. It has the constitutional right to do that. There might be limitations that the federal government could agree to, but there are openings. They could use the spending power. They have done it in other areas in the past and there is no reason why they should stop now.

The federal government has to keep operating in areas that are in addition to "the saviour or the protector or the steward" of medicare.

Those are all the other things that the federal government does that we have discussed, including health promotion and wellness, where there have been cuts, drug approval programs, and support to research and development and chairs of excellence. It has done a lot with the CIHI. It must unequivocally fund the information-gathering initiatives. We cannot have organizations like CIHI continually going cap in hand and wondering if they will continue to exist. If we agree that there must be an objective collector of information, then we must ensure, first, that there are enough funds in the health system to provide the information; and second, enough funds for the collector, whoever that will be, and assuming it will be the groups that we talked about before.

That is what the federal government can and must do. There should be none of this squabbling about, "I am paying this amount and you are paying that amount." If you are not currently paying your fair share, how about paying more and using the money to achieve purposes from which everyone will benefit?

Ms Turik: We would make recommendations that are consistent with those of our colleagues here today. In particular, we would strongly encourage that the federal government take a role in terms of a national formulary, a review process, and ensure that there is coverage for catastrophic drugs.

The second area I should like to speak to is primary care incentives. The federal government has already initiated a process of incenting the involvement and inclusion of health care providers other than physicians in primary care, but there is a lot more that could be done in an organized and strategic way to encourage primary care reform within the provinces. In particular, we strongly recommend that they take a central role in information technology expansion and the electronic record and move forward as expeditiously as possible.

Le comité devrait aussi affirmer que le gouvernement fédéral devrait adhérer à des modifications comme le dossier électronique du patient. L'argent permet d'acheter certaines choses, et le gouvernement peut se servir de son pouvoir de dépenser à des fins positives. La Constitution lui donne le droit de le faire. Il y a peut-être des limites à ce que le gouvernement fédéral peut accepter, mais il y a des possibilités. Il pourrait se servir de son pouvoir de dépenser. Il l'a fait dans d'autres domaines par le passé, et il n'y a aucune raison pour s'arrêter maintenant.

Le gouvernement fédéral doit continuer à agir dans les champs d'action qui sont parallèles à la tâche qui consiste à protéger l'assurance-maladie, à en être le gardien.

Il y a toutes les autres choses que fait le gouvernement fédéral et dont nous avons discuté, notamment la promotion de la santé et du mieux-être, là où il y a eu des compressions, les programmes d'approbation de médicaments, et le soutien de la R-D ainsi que des chaires d'excellence. Il a beaucoup fait en instaurant l'ICIS. Cela ne fait absolument aucun doute: il doit financer les projets d'information. Nous ne pouvons permettre que des organisations comme l'ICIS soient contraintes d'aller quêter et de se demander si elles vont continuer d'exister. Si nous sommes d'accord avec l'idée qu'il faut un responsable objectif de la collecte de renseignements, nous devons nous assurer, d'abord, que les fonds investis dans le réseau de la santé suffisent à fournir l'information en question; et ensuite, que les responsables de la collecte, quels qu'ils soient, en presumant que ce sont les groupes dont nous avons parlé auparavant, disposent de fonds suffisants.

C'est ce que le gouvernement fédéral peut faire, c'est ce qu'il doit faire. Il ne devrait pas y avoir de querelles où il est dit: «Nous allons payer x dollars, et vous allez verser tel montant.» Si, à l'heure actuelle, vous n'assumez pas votre juste part du total, que diriez-vous de payer plus et d'utiliser l'argent en question à des fins qui profiteraient à tout le monde?

Mme Turik: Nous ferions des recommandations qui concordent avec celles de nos collègues, ici présents. En particulier, nous encouragerions vivement le gouvernement fédéral à jouer un certain rôle en ce qui concerne un formulaire national, un processus d'examen, et la tâche qui consiste à s'assurer que les cas où les médicaments sont vendus à un prix catastrophique sont couverts.

Le deuxième aspect dont j'aimerais parler concerne les mesures d'incitation dans le domaine des soins primaires. Le gouvernement fédéral a déjà mis en branle un processus visant à solliciter la participation et l'inclusion de fournisseurs de la santé autres que les médecins, dans le domaine des soins primaires, mais il y a encore beaucoup à faire, d'une manière qui soit organisée et stratégique, pour encourager une réforme des soins primaires dans les provinces. Et en particulier, nous recommandons vivement qu'il joue un rôle capital dans l'expansion de la technologie de l'information et l'installation du dossier électronique du patient, pour que l'on puisse aller de l'avant le plus rapidement possible.

The other area that would be critical for them to consider is privacy. They could have moved more quickly to address some of the privacy concerns arising in Bill C-6 for the health sector, which would allow for more consistent standards across the country.

The third thing that we would very much like to advocate is that the national government implement a national health human resources strategy as expeditiously as possible. It is an international concern and an international challenge for all health care sectors. Without national leadership in this area and the active participation of the national government, Canada in particular will experience major shortages, because other countries have moved forward in addressing the problem. We must have a national domestic supply that we can count on in the future.

The Chairman: I wish to thank all four of you for coming here this afternoon. You have been terrific witnesses and very patient.

The committee adjourned.

L'autre aspect critique est celui de la vie privée. Les responsables fédéraux auraient pu agir rapidement pour régler certaines des préoccupations que soulève le projet de loi C-6 dans le secteur de la santé, ce qui permettrait d'appliquer des normes plus uniformes d'un endroit à l'autre au pays.

Le troisième élément auquel nous tenons beaucoup, c'est que le gouvernement national instaure une stratégie nationale de ressources humaines en santé, le plus rapidement possible. C'est une préoccupation internationale et un défi international pour l'ensemble des secteurs de la santé. En l'absence d'un leadership national à cet égard et de la participation active du gouvernement national, le Canada, en particulier, fera face à des pénuries importantes, car d'autres pays sont allés de l'avant en vue de régler le problème. Nous devons avoir au pays une offre nationale sur laquelle nous pouvons compter pour l'avenir.

Le président: Je tiens à vous remercier, tous les quatre, d'être venus témoigner cet après-midi. Vous avez été d'excellents témoins, vous avez été très patients.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Communication Canada – Publishing
Ottawa, Ontario K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Communication Canada – Édition
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

WITNESSES

From the Canadian Healthcare Association:

Ms Sharon Sholzberg-Gray, President and CEO;
Mr. Larry Odegard, CEO, Forum.

From the Canadian Association of Chain Drug Stores:

Ms Lori Turik, Vice-President, Public Affairs;
Ms Deb Saltmarche, Director of Pharmacy.

TÉMOINS

De l'Association canadienne des soins de santé:

Mme Sharon Sholzberg-Gray, présidente et PDG;
M. Larry Odegard, PDG, Forum.

De l'Association canadienne des chaînes de pharmacies:

Mme Lori Turik, vice-présidente, Affaires publiques;
Mme Deb Saltmarche, directrice de la pharmacie.

CA1
YC26
-S51



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Thursday, June 6, 2002

Issue No. 61

Fifty-eighth meeting on:
The state of the health care system in Canada

WITNESSES:
(See back cover)

Première session de la
trente-septième législature, 2001-2002

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le jeudi 6 juin 2002

Fascicule n° 61

Cinquante-huitième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

Callbeck	Keon
* Carstairs, P.C. (or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton (or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton
et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Keon
* Carstairs, c.p. (ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton (ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Thursday, June 6, 2002
(72)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in room 705, Victoria Building, at 11:10 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Kirby, Morin, Pépin and Roche (6).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Howard Chodos.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see proceedings of the committee, Issue No. 2.*)

WITNESSES:

From the Canadian Nurses Association:

Ms Ginette Lemire Rodger, President;

Mr. Robert Calnan, President-Elect.

From the Canadian Practical Nurses Association:

Ms Kelly Kay, Representative.

The Chair made a statement.

Ms Kay made a statement. Ms Lemire Rodger made a statement. Mr. Calnan made a statement. The witnesses answered questions.

At 12:56 p.m. the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le jeudi 6 juin 2002
(72)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 10, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Kirby, Morin, Pépin et Roche (6).

Également présent: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale sur l'état du système de soins de santé au Canada. (*Pour le texte intégral de l'ordre de renvoi, voir les délibérations du comité, fascicule n° 2.*)

TÉMOINS:

De l'Association des infirmières et infirmiers du Canada:

Mme Ginette Lemire Rodger, présidente;

M. Robert Calnan, président élu.

De l'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada:

Mme Kelly Kay, représentante.

Le président fait une déclaration.

Mme Kay fait une déclaration. Mme Lemire Rodger fait une déclaration. M. Calnan fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 12 h 56, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

Le greffier du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, June 6, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:10 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: We have with us this morning witnesses from the Canadian Practical Nurses Association, Ms Kay, and from the Canadian Nurses Association, Ms Lemire Rodger and Mr. Calnan.

We are delighted to have you here. I will ask Ms Kay to begin.

Ms Kelly Kay, Representative, Canadian Practical Nurses Association: It is a wonderful opportunity to speak with the committee, and I thank you.

The Canadian Practical Nurses Association is the national association representing practical nurse organizations and affiliated individuals from across Canada. Our mission is to influence change in the health care system and to promote excellence in practical nursing.

The committee identified that primary care reform has been recommended by almost every recent report on the state of the health care system. Rightfully so, the committee has asked why has implementation been so slow. We have witnessed barriers to change in four specific areas, which correspond to areas identified by the committee. These barrier areas are the vested interests of various professional groups, shortages of qualified personnel, lack of leadership and coordination, and lack of understanding of a primary care model.

With respect to the first, governments have committed to ensuring that Canadians receive the most appropriate care by the most appropriate providers in the most appropriate settings. Reform and the system that results must come at a price that Canada can afford to sustain. Ensuring that Canadians receive value for their primary care dollar means effectively utilizing all providers to their full scope of practice.

This is consistent with the committee's recommendation with respect to the creation of multidisciplinary primary health care teams that utilize to the fullest the skills and competencies of a diversity of health care professionals. That LPNs continue to experience artificial limits to practice, that nurse practitioners must struggle for recognition and remuneration and that other professionals, such as physiotherapists, still face restrictions to direct access are examples that speak to continuing barriers imposed upon professional groups.

The traditional linking of remuneration to the number of patients served continues to pit professionals against each other and can only hamper reform efforts. Unless there is a radical change in the way health care professionals are remunerated for

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 6 juin 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 10 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Nous recevons ce matin des représentants de l'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada, Mme Kay, et de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, Mme Lemire Rodger et M. Calnan.

Nous sommes ravis de vous accueillir. Je vais demander à Mme Kay de commencer.

Mme Kelly Kay, représentante, Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada: Je vous suis très reconnaissante de l'occasion qui m'est donné de comparaître devant le comité.

L'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada est le regroupement national des associations d'infirmières et infirmiers auxiliaires et de membres affiliés de partout au pays. Notre mission est d'influer sur l'évolution du système de soins de santé et de promouvoir l'excellence dans le secteur des soins infirmiers auxiliaires.

Le comité a rappelé que la réforme des soins de santé primaires a été recommandée par la quasi-totalité des rapports publiés dernièrement sur l'état du système de santé. À juste titre, le comité a demandé pourquoi elle tarde tant. Nous avons constaté des obstacles au changement dans quatre domaines précis, qui correspondent à ceux recensés par le comité. Les voici: les intérêts de longue date des divers groupes professionnels, la pénurie de personnel qualifié, l'absence de leadership et de coordination, et l'absence de compréhension d'un modèle de soins de santé primaires.

S'agissant du premier obstacle, les pouvoirs publics ont promis de faire en sorte que les citoyens reçoivent les soins les plus appropriés par les soignants les plus appropriés dans les cadres les plus appropriés. La réforme et le système qui en découlera devront être abordables pour le Canada. Pour optimiser les ressources, il faudra mettre à contribution efficacement la totalité des soignants dans toute l'étendue de leur capacité.

Ceci cadre avec la recommandation du comité concernant la création de filières multidisciplinaires qui font appel à fond aux compétences et aux talents de tout un éventail de professionnels de la santé. Le fait que les IAA rencontrent toujours des obstacles artificiels à l'exercice de leur profession, que les infirmières praticiennes doivent lutter pour être reconnues et rémunérées et que d'autres professionnels, comme les physiothérapeutes, ne bénéficient toujours pas d'un accès direct illustre bien les obstacles que rencontrent encore certains groupes professionnels.

Le lien entre la rémunération et le nombre de malades vus continue de mettre des professionnels dos à dos et ne peut que nuire à la réforme. Tant que la rémunération des soignants ne sera pas revue de fond en comble, une concurrence malsaine

services, there will remain unhealthy competition to provide such services. Asking health care providers to voluntarily turn over clients, and take a cut in pay, to other providers who are more appropriate for the client's need is often asking too much.

With respect to the shortages of qualified personnel, the absence of a coordinated approach to health human resource planning has resulted in a cyclical overabundance and scarcity of providers that has been a public relations disaster for health human resources. Secondary school students are encouraged to plan and evaluate critically their career options. Many are opting out of careers in health. Long-range planning and stable year-after-year funding for health human resources are required to address barriers to using those providers we do have and to address the need to replace providers expected to retire in the next few years. We support the committee's recommendations with respect to the creation of a permanent national coordinating body for health human resources composed of key stakeholders and government as recommended in your fifth report.

You have asked the question if achieving reform can be a voluntary exercise. We believe coordinated and timely reform requires government leadership. In Ontario, in 1999, the Health Services Restructuring Commission recommended a mandatory approach to primary health care reform. The provincial government opted to proceed on a voluntary basis. Despite recent developments in primary projects in primary care in that province, Ontario, three years later, still looks much the same. Without the appropriate will, which may be political will, the way to reform is fraught with obstacles and delay. Leadership and coordination are key to success. Government at all levels has a significant role to play in removing regulatory barriers and working with all stakeholders to move reform along.

I will comment on models for primary health care service delivery. Certainly, primary health care service delivery will look different in each community. Communities must customize their primary health care services in response to their own identified needs. Incorporated in every delivery model should be sound planning principles, universal structural components, an appropriate mix of providers, identified benefits and long-term cost analysis.

As an example, I use the 27 primary health care projects funded by the Health Transition Fund in Alberta. These projects identified the following six success factors in program planning: developing a common understanding; developing a common vision and goal; getting the buy-in; developing the supports for change; defining roles and responsibilities; and developing an evaluation plan.

The Nursing Advisory Council of Alberta outlined a view of what might be involved in a shift to a primary care model. A number of components were outlined, including: practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technologies; universally accessible to individuals and families in the community; full community participation at a cost the community and country can afford; self-reliance and self-

continuera de sévir. Demander à des soignants de renoncer volontairement à des clients, d'accepter une diminution de leur rémunération en faveur de soignants qui répondent mieux au besoin du client est souvent trop demander.

En ce qui concerne la pénurie de personnel qualifié, l'absence de planification coordonnée des ressources humaines s'est soldée par un cycle de surabondance et de pénurie de soignants qui a beaucoup nui aux relations publiques de ces groupes. On encourage les élèves des écoles secondaires à faire des projets et à évaluer sérieusement leurs options de carrière. Beaucoup renoncent aux professions de la santé. Il faut une planification à long terme et un financement stable d'année en année pour bien mettre à contribution les soignants que nous avons déjà et assurer la relève. Comme le comité, nous estimons qu'il faut créer une coordination nationale permanente des ressources en soins de santé composée des parties intéressées et des autorités gouvernementales. Cette recommandation se trouve dans votre cinquième rapport.

Vous avez demandé si la réforme peut se faire de façon volontaire. Nous estimons que pour être coordonnée et opportune, celle-ci doit bénéficier du leadership de l'État. En 1999, en Ontario, la Commission de restructuration des services de santé a recommandé une réforme obligatoire. Le gouvernement provincial a choisi une réforme volontaire. Malgré les changements apportés récemment dans le secteur des soins primaires en Ontario, la situation dans cette province reste sensiblement la même trois ans plus tard. Sans la volonté nécessaire — peut-être une volonté politique — la voie de la réforme est parsemée d'embûches et tarde à venir. Le leadership et la coordination sont la clé du succès. À tous les niveaux, les pouvoirs publics ont un rôle déterminant à jouer pour éliminer les obstacles réglementaires et accélérer la réforme de concert avec les parties intéressées.

Je vais maintenant parler des modèles de prestation des soins de santé primaires. À l'évidence, celle-ci variera d'un endroit à l'autre. Chaque ville doit adapter ses services à ses besoins. Chaque modèle de prestation de services doit toutefois reposer sur une solide planification, des éléments structurels universels, un dosage approprié de soignants et une analyse à long terme des coûts et des avantages.

Je prends pour exemple les 27 projets de soins de santé primaires financés par le Health Condition Fund de l'Alberta. Ces projets ont permis de dégager six facteurs de succès: développer une compréhension commune; développer une vision et un objectif communs; obtenir l'adhésion; développer les supports de changement; définir les rôles et responsabilités, et développer un plan d'évaluation.

The Nursing Advisory Council de l'Alberta a décrit les éléments nécessaires à l'adoption d'un modèle de soins primaires. En voici les éléments: des méthodes et technologies pratiques, scientifiques et socialement acceptables; l'accès universel pour les particuliers et les familles de la collectivité; la participation totale de la collectivité à un prix que la localité et le pays peuvent payer; pouvoir compter sur ses propres moyens et

determination; and a model that forms an integral part of the health system and of the overall social and economic development of the community.

The CPNA supports the committee's recommendation of federal financial support for reform initiatives that lead to the creation of multidisciplinary primary health care teams. Along with continued financial support must be a mechanism of evaluation and accountability that will ensure that such principles will be advanced. Report cards, accreditation standards and other such strategies already exist that may assist in this regard.

Numerous primary health focus projects are underway throughout the country. Much can be learned through a review of key findings of these projects. A summary of such findings could be a useful tool for informing government and others studying primary health care reform.

The mix of providers included in a practice should be determined by community needs and should be flexible enough to respond to changes in those needs. There should be an elimination of barriers to accessing different providers; as well, providers who could assist clients to address broader determinants of health, such as housing, education or justice should be included in or accessible to primary health care practices.

Through examples of primary health care reform — there are a few examples noted in our report — it becomes immediately apparent that a primary health care system can focus creative energy into health promotion and illness prevention and can foster collaboration among many partners. We believe that reforming primary health care and the integration and coordination between all aspects of the system has a very real potential to improve quality care, save the system money and appropriately emphasize the focus of a primary health care system on the prevention of illness and the promotion of health and wellness.

This considered, it becomes much less important to ask how much reform will cost than it does to ask how much we waste in the current system. With many of the structures already in place in our communities, it appears much of the groundwork that would facilitate coordination and integration is underway.

High initial costs are barriers to reform. For example, the initial cost of technology to enhance communication between networks of providers may prevent the adoption of such a strategy.

Thinking must change, and planning must consider the long-term benefits of what may seem to be an initial expensive investment. As well, the cost of prevention should not be underestimated. There is a tendency to undervalue the role of health promotion strategies and to later reduce funding to such programs when the problem is no longer remembered.

To close, dissemination of success stories about the many projects is key. The public must be told more about the options that exist and be given the opportunity to become involved in health promotion activities. The evidence must be shared in a

prendre soi-même des décisions; que le modèle fasse partie intégrante du système de santé et du développement socio-économique global de la collectivité.

La IIAC appuie la recommandation du comité en faveur d'aide financière fédérale pour les initiatives de réforme qui mènent à la création d'équipes multidisciplinaires de soins de santé primaires. Il faut en parallèle un mécanisme d'évaluation et de reddition de comptes qui garantira l'application de ces principes. Il existe déjà des méthodes comme les «bilans de santé», les normes d'accréditation et autres stratégies qui pourraient être utiles.

De nombreux projets de soins de santé primaires sont à l'essai partout au pays. De nombreux enseignements peuvent être tirés de ces expériences. Une synthèse des faits observés pourrait aider l'État et d'autres désireux de réformer les soins de santé primaires.

Ce sont les besoins de la communauté qui devraient déterminer la combinaison de soignants dans un cabinet; celle-ci doit pouvoir s'adapter en fonction de l'évolution des besoins. Il faut éliminer les obstacles qui empêchent d'avoir accès à différents soignants; en outre, ces cabinets devraient comprendre des soignants capables d'aider les clients à traiter de facteurs plus généraux influant sur la santé, comme le logement, l'instruction ou la justice ou permettant d'y avoir accès.

Les exemples de réforme des soins de santé primaires — notre mémoire en énumère quelques-uns — montrent bien qu'un système comme celui-là peut mobiliser les énergies en faveur de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie et susciter la collaboration entre les divers partenaires. La réforme des soins primaires ainsi que l'intégration et la coordination de tous les aspects du système ont de très fortes chances d'améliorer la qualité des soins, de permettre des économies et d'insister comme il se doit sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé et du bien-être.

Il devient alors beaucoup moins important de demander combien coûtera la réforme que de demander qu'elle est l'ampleur du gaspillage actuel. Comme les structures locales sont souvent déjà en place, la voie est ouverte à la coordination et à l'intégration.

Les coûts de démarrage élevés sont un obstacle à la réforme. Par exemple, le coût des moyens technologiques nécessaires à l'amélioration des communications entre les réseaux de soignants peut être un obstacle.

Il faut changer les mentalités, et songer aux avantages à long terme de ce qui peut coûter cher au début. Il ne faut pas non plus sous-estimer le coût de la prévention. On a tendance à ne pas attacher assez de prix à la promotion de la santé et à réduire ultérieurement le financement de ces programmes quand l'origine du problème a été oublié.

Pour terminer, il faut faire connaître les nombreux cas de réussite. Il faut informer la population des possibilités qui existent et lui permettre de participer aux activités de promotion de la santé. Cette information doit être communiquée de façon

meaningful way with individual Canadians, thereby helping to clarify the link between an effective primary health care system and the reduction of crisis situations that capture so much media attention. This will foster the expectation amongst Canadians for primary health care reform, and creating this expectation will drive the development of a new primary health care based focus for the Canadian health care system.

The Chairman: I will turn to Ms Lemire Rodger.

[Translation]

Ms Ginette Lemire Rodger, President, Canadian Nurses Association: We are pleased to have this opportunity to address the Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology on behalf of the Canadian Nurses Association.

We applaud the committee's efforts to identify future directions and parameters for the health system. We are participating through briefs and presentations in the studies being carried out by your committee and by the Romanow Royal Commission. One of our concerns is to ensure that the two reports, which will be coming out at about the same time, in November, will come to similar conclusions.

There has been a great deal of debate among the provinces and between the provinces and the federal government regarding the vision for health care in Canada, and the Canadian Nurses Association, and our other national associations, have asked the various health ministers to work together to develop a comprehensive vision at the national level. We hope that these two main committees or commissions, at the national level, will take the same approach in their recommendations so that a lack of consensus cannot be used as a pretext for not implementing a strong national vision.

That said, we accepted your committee's invitation to address several specific issues that you have raised. We would also like to make a few comments regarding volume five of your report, which was issued in April.

First let me provide some background on the Canadian Nurses Association. It was created in 1908 and is a federation of provincial and territorial licensing associations, which are responsible for standards of practice, education and public protection in nursing.

There are 234,000 registered nurses in Canada today, of whom 60 per cent are currently working in clinical care, in hospitals, and the others are in the community, offering preventive care to families and rehabilitative care in facilities and in patients' homes. They also provide palliative care to the dying, and work in industry as occupational health experts.

compréhensible aux citoyens pour bien mettre en évidence le lien entre des soins primaires de qualité et la réduction des situations critiques qui captent tant l'attention des médias. Ceci suscitera l'intérêt des citoyens en faveur de la réforme et ainsi assurera une nouvelle orientation à notre système de santé sur les soins primaires.

Le président: Nous entendrons Mme Lemire Rodger.

[Français]

Mme Ginette Lemire Rodger, présidente, Association des infirmières et infirmiers du Canada: Nous sommes très heureux d'avoir la possibilité de nous adresser au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie au nom de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Nous nous réjouissons des efforts de votre comité pour déterminer les orientations à venir et les paramètres du système de santé. Nous participons présentement avec l'aide de mémoires et de présentations à votre comité et à la Commission royale Romanow. Une de nos préoccupations est de nous assurer que les deux rapports vont sortir à peu près en même temps au mois de novembre et qu'il y ait une congruence entre eux.

Nous avons vécu beaucoup de débats interprovinciaux, provinciaux-fédéraux quant à la vision du système de santé dans notre pays, et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, et nos autres associations nationales, ont fait une demande au ministre de la Santé pour collaborer ensemble vers une vision complète au niveau national. Nous espérons que les deux grands comités et commissions, au niveau national, seront congruents dans leurs recommandations pour éviter des excuses de ne pas aller vers une vision nationale forte pour le pays.

Ceci dit, nous avons accepté l'invitation de votre comité pour adresser des questions spécifiques que vous nous avez posées. Nous aimerions aussi faire quelques commentaires qui découlent de votre rapport publié au mois d'avril, le volume cinq.

J'aimerais d'abord vous donner un peu d'information concernant l'Association des infirmières et infirmiers du Canada formée en 1908, laquelle est une fédération d'associations provinciales et territoriales représentant les autorités qui s'occupent de la réglementation des infirmières et infirmiers, c'est-à-dire les standards de pratique, l'éducation, la protection du public.

Aujourd'hui, il y a 234 000 infirmières autorisées au pays et 60 p.100 de ces infirmières travaillent présentement dans les soins cliniques, les hôpitaux et les autres travaillent au niveau de la communauté dans les soins préventifs aux familles, dans la réhabilitation, tant au niveau des soins dans les organisations et à domicile. Elles travaillent aussi en soins palliatifs pour supporter les personnes qui sont en voie de mourir. Aussi, nous avons les infirmières qui sont en industrie, en santé du travail.

As you can see, this breadth of experience, as the Canadian Institute for Health Information noted in its report in 2001, makes nurses the primary source of information and advice in the health system, including in the burgeoning tele-health services.

[English]

Not surprisingly, nurses interact every day with Canadians seeking to maintain and improve their health. As a result, nurses can identify trends in population and public health. They know the strengths and weaknesses of the health care system. This presentation is based on the collective knowledge and expertise of nurses.

Let me turn to your query about the viability for reforming the health care system. Our basic premise is that we are in full support of a publicly funded health care system and the five principles of the Canada Health Act. We also believe that the system is robust and healthy, although it needs redirection and some efficiencies.

In 1978, the World Health Organization, WHO, adopted the primary health care approach as the base for effective delivery of health services. This approach is both a philosophy and a model to provide health services, and its focus is that health should be the centre of the health care system.

The WHO identified the five principles of primary health care: accessibility, public administration, health promotion, appropriate technology and skills, and multidisciplinary and intersectoral collaboration. All five principles are designed to redirect the system to work together.

Let me identify a few of them. Accessibility, which, as we all know, is the base of the Canada Health Act, is the provision of universally available services to Canadians, regardless of geography. As well, this principle is really the design of the point of entry to the health care system.

We hear much about primary care, and we have read about it in your model. It only addresses the accessibility principle. What primary care does is design the point of entry. How can we better articulate a team of people to provide services? Primary health care needs the five principles to redirect the health care system, and our recommendation is to use primary health care to redirect what we have. Accessibility is only one of them. It is important to work on it, but it is not sufficient.

The second principle is public participation, which means that clients are encouraged to participate in making decisions about their own health, identifying the health needs of their community and considering the merit of all alternative approaches to address those needs. It may sound nice to say, yes, we think public participation is good. Most industrial countries limit the public participation to the planning and evaluation of health care. In the

Vous pouvez voir qu'avec tout cet éventail d'expérience, un peu comme le Canadian Institute for Health Information a noté dans son rapport de 2001, que ce sont les infirmières qui sont la source d'information majeure et des avis dans le système de santé, y compris dans les télépratiques qui sont en train de proliférer présentement.

[Traduction]

Il n'est donc pas surprenant que les infirmières et infirmiers interagissent chaque jour avec les Canadiens qui ont besoin d'aide pour maintenir et améliorer leur santé. Ils peuvent donc déterminer les tendances dans la population et la santé publique. Ils connaissent les forces et les faiblesses du système de santé du Canada. C'est en fonction de ces connaissances et de cette expertise collective que l'AIIC a préparé cet exposé.

J'aimerais maintenant répondre à votre question sur les modèles viables pour la réforme des soins de santé. Tout d'abord, nous sommes totalement en faveur d'un régime de santé public reposant sur les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé. À notre avis, le système est robuste et sain mais il doit être réorienté et gagner en efficacité.

En 1978, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a adopté une approche axée sur les soins de santé primaires comme base de prestation efficace des services de santé. Cette approche est à la fois une philosophie des soins de santé et un modèle de prestation des services. Dans cet esprit, la santé est au centre du système des soins de santé.

L'OMS a fixé cinq principes pour les soins de santé primaires: l'accessibilité, la participation de la population, la promotion de la santé, les compétences et la technologie appropriées et la coopération intersectorielle. Les cinq principes doivent se compléter et être mis en oeuvre simultanément.

J'aimerais en décrire quelques-uns. L'accessibilité, comme nous le savons tous, est le fondement de la Loi canadienne sur la santé et veut dire que tous les Canadiens, où qu'ils soient, peuvent avoir accès aux services de santé. C'est ce qui conditionne le point d'entrée du système.

On parle beaucoup des soins de santé primaires et il en est question dans votre modèle. Celui-ci ne porte que sur l'accessibilité. Les soins de santé primaires déterminent le point d'entrée. Comment peut-on mieux articuler une équipe de gens pour fournir des services? Les soins de santé primaires ont besoin des cinq principes pour façonner le système de soins de santé et notre recommandation est d'utiliser les soins de santé primaires pour rediriger ce que nous avons. L'accessibilité n'est qu'un d'eux. Il est important de travailler dessus, mais ce n'est pas suffisant.

Le deuxième principe est la participation du public, ce qui signifie que les clients sont encouragés à participer aux décisions concernant leur propre santé, à déterminer les besoins de leur collectivité et à prendre en compte les mérites de solutions de rechange pour répondre à ces besoins. On a beau dire que, oui, nous pensons que la participation de la population est bonne. La plupart des pays industrialisés limitent la participation de la population à la planification et à l'évaluation des soins. Dans

rating of the percentage of public participation, this is close to tokenism. We need to make public participation much more central to the health care system.

I will give you an example. Dr. Sheila Gallagher and I did two national surveys reviewing the move toward primary health care from 1985-2000. One example we had was out of Quebec in heart health, where a public health nurse had a whole community looking at what she would do, because the epidemiological data of that community was not good on the health side. There was a lack of resources and she had to find a way to improve health. After analysing the demographic of that community, which had a high percentage of seniors, they saw that there were a number of clubs where they would get together to play cards. She used that as a vehicle in the planning and the delivery of services. When people went to play cards, their blood pressure and cholesterol was checked, and when it moved out of the normal range the nurse or the physician would be called in. In a short time, they changed the epidemiological data of that community.

When they talk of public participation, and I know you have a principle talking about the importance of that, I think it is falling short of its potential. You must go as far as is recommended by the WHO, which is a full participation of the public, not only in planning and the education of needs and priorities, but the delivery and the evaluation.

The third principle is the issue of health promotion. As you know, the system has primary health care. If you look, there is a range of care, preventive, promotive, maintenance, restorative, curative and palliative. Health promotion and prevention of disease must cover this whole idea of being part of the health care system from beginning to end.

Furthermore, we need to redirect the money of health promotion and health prevention. We need to apportion a high percentage. If you look at most of the budgets across this country, you will have 3 per cent to 5 per cent devoted to health care in the community. If you look at the provinces that have higher numbers, you will probably find that they have redesignated a hospital as a community health centre and have used its budget and transferred it down the line.

Frankly, when you look at the numbers, there is still a small amount of promotion prevention. We know that investment in that area is key. I use the example of the centre of excellence in diabetic education of the Capital Health Authority in Edmonton, Alberta, as I have worked on the redesigning of it. Fifty per cent of the population of this country is walking around with undiagnosed diabetes. Of those diagnosed, 80 per cent of the complications of diabetes are preventable. If death certificates were to indicate diabetes, you would find that diabetes underlies most disease. It is serious and it is costly in complications. About 80 per cent of those complications are preventable. They are preventable through the use of a registered nurse and a dietician who gives diabetic education across the country. There is no reason today why this approach should not be wall to wall in this country as an investment. It is probably the lowest investment with the highest return in the curative area. When we talk about

l'évaluation du pourcentage de la participation de la population, ce n'est presque que du symbolisme. Il faut mettre la participation de la population au coeur du système de soins.

Je vais vous donner un exemple. La Dre Sheila Gallagher et moi-même avons fait deux enquêtes nationales pour passer en revue le virage vers les soins de santé primaires de 1985 à 2000. Un de nos exemples venait de la santé cardiaque au Québec, où une infirmière a demandé à toute une collectivité d'examiner ce qu'elle devait faire parce que les données épidémiologiques de cette localité n'étaient pas bonnes du côté de la santé. Il y avait un manque de ressources et elle devait trouver un moyen d'améliorer la santé. Après avoir analysé la démographie de cette localité, qui avait un pourcentage élevé de personnes âgées, ils ont vu qu'il y avait un certain nombre de cercles de joueurs de cartes. Elle s'en est servi pour la planification de la prestation des services. Lorsque les gens allaient jouer aux cartes, on vérifiait leur tension artérielle et leur cholestérol et lorsqu'ils étaient anormaux, on faisait venir l'infirmière ou le médecin. En peu de temps, ils ont changé les données épidémiologiques de la localité.

Quand on parle de participation publique, et je sais que vous avez un principe qui en mentionne l'importance, je pense qu'on n'atteint pas le potentiel. Vous devez aller aussi loin que le recommande l'OMS, c'est-à-dire la pleine participation du public, non seulement dans la planification et l'éducation des besoins et des priorités, mais la prestation et l'évaluation.

Le troisième principe est la promotion de la santé. Comme vous le savez, le système a les soins de santé primaires. Si vous regardez, il y a un éventail de soins, préventifs, promotion, entretien, réadaptation, curatifs et palliatifs. La promotion de la santé et la prévention de la maladie doivent englober toute cette idée de faire partie du système de soins de santé du début à la fin.

De plus, nous devons rediriger l'argent de la promotion de la santé et de la prévention de la santé. Nous devons réserver un pourcentage élevé. Si vous regardez la plupart des budgets au pays, vous verrez que de 3 p. 100 à 5 p. 100 sont consacrés aux soins de santé dans la localité. Si vous regardez les provinces qui ont des chiffres élevés, vous verrez probablement qu'elles ont redésigné un hôpital comme centre de santé communautaire et ont utilisé son budget qu'ont transféré ailleurs.

Franchement, quand vous regardez les chiffres, il y a toujours un petit montant de promotion-prévention. On sait que l'investissement dans ce domaine est essentiel. J'utilise l'exemple du centre d'excellence d'éducation des diabétiques du Capital Health Authority d'Edmonton, en Alberta parce que j'ai travaillé à sa reconception. Cinquante pour cent de la population du pays se promènent avec un diabète non diagnostiqué. Sur ceux qui sont diagnostiqués, 80 p. 100 des complications du diabète sont évitables. Si les certificats de décès devaient indiquer le diabète, vous verriez qu'il est à la base de la plupart des maladies. C'est grave et ça coûte cher en complications. À peu près 80 p. 100 des complications sont évitables. Elles sont évitables moyennant une infirmière autorisée et un diététicien qui fait l'éducation des diabétiques au pays. Il n'y a pas de raisons aujourd'hui pour laquelle cette approche ne devrait pas être appliquée d'un bout à l'autre du pays, à titre d'investissement. C'est probablement le

promotion, we are talking about the integration of promotion in the integrated system, with a higher investment of funds in this area.

Appropriate technology is my next topic. It refers to the importance of adjusting what you have called, in volume 5, new and evolving reality. The principle recognizes the importance of developing and testing innovative models of health care and disseminating the results of research relating to health care. It is also imperative that we increase the capacity and the professional development of the workforce, along with the appropriate technology to facilitate it.

I do believe that this is well covered, in particular, relating to high technology or information technology. The part that is not appreciated is the importance of low technology. Using low technology helps the public move and helps nurses provide care. Low technology includes, for example, pumps and thermometers, equipment involving technologies that may not be up-to-date. We must value not only the high and the information technologies. Low-end technology is a less costly item but one that would help redirect the system.

The next area is multidisciplinary intersectoral collaboration. As Ms Kay has said, in a multidisciplinary scheme we need to work with a full scope of practice and with better utilization of the whole multidisciplinary team. The intersectoral collaboration, though, recognizes that health and well-being are linked not only to health but also to economic and social policy. Intersectoral means that experts in education, housing and employment need to be at the table when we are talking health care. Often, in all of the reforms we see, we fall short in those areas. We talk about redesigning health care services but we do not talk about the impact of someone not having enough to eat or not having adequate shelter. You can put all the money you want in the health care system, but you will not get where you want to go because you are defeating the purpose. This is very important. We have wonderful examples of intersectoral collaboration.

The Director General of the World Health Organization in 1978 described nurses as key to the implementation of primary health care, and in 1985 reiterated that the leadership of nursing in primary health care is important and key in moving the health care system. In fact, all the nursing schools in Canada have changed their curriculum to integrate primary health care.

In 1974, the Lalonde report identified four elements affecting Canadians that were very much in light of primary health care. In 1986, the Ottawa charter reiterated those. In 1990, all of the provincial and territorial reports reiterated the principle of primary health care. It is still in this country an area that has been ignored. It is still marginal; it is only a form of project.

plus petit investissement avec le plus haut rendement dans le domaine des soins curatifs. Quand on parle de promotion, on parle de l'intégration de la promotion dans le système intégré, avec un investissement plus élevé de fonds dans ce domaine.

La technologie appropriée est mon prochain sujet. Je parle de l'importance d'adapter ce que vous avez appelé, au volume 5, les nouvelles réalités. Le principe reconnaît l'importance de développer et de tester des modèles de soins de santé innovateurs et de diffuser des résultats de la recherche sur les soins de santé. Il reconnaît également l'impératif de renforcement permanent de la capacité et du perfectionnement professionnel de l'effectif, ainsi que la technologie appropriée pour le faciliter.

Je pense que ceci est bien couvert, en particulier, en ce qui concerne la haute technologie ou la technologie de l'information. La partie qu'on n'apprécie pas est l'importance de la technologie rudimentaire. Utiliser la technologie rudimentaire aide le public à bouger et aide les infirmières à donner des soins. La technologie rudimentaire inclut, par exemple, des pompes et des thermomètres, de l'équipement qui repose sur des technologies qui ne sont peut-être pas à la fine pointe. Nous devons priser non seulement les technologies de pointe et les technologies de l'information. La technologie rudimentaire est un élément moins coûteux mais qui pourrait aider à rediriger le système.

Le secteur suivant est la collaboration multidisciplinaire intersectorielle. Comme Mme Kay l'a dit, dans un schéma multidisciplinaire, nous devons travailler avec un éventail complet de praticiens et en utilisant mieux toute l'équipe multidisciplinaire. La collaboration intersectorielle, par contre, reconnaît que la santé et le bien-être sont liés non seulement à la santé mais aussi à la politique économique et sociale. L'intersectoriel signifie que les experts en éducation, en logement et en emploi doivent être à la table quand nous parlons de santé. Souvent, dans toutes les réformes que l'on voit, il y a des lacunes dans ces domaines. On parle de redéfinir les soins de santé mais on ne parle pas de l'impact de quelqu'un qui n'a pas assez à manger ou est sans logis. Vous pouvez mettre tout l'argent que vous voulez dans la santé mais vous n'arriverez pas là où vous voulez aller parce que vous allez contre l'objectif visé. C'est très important. Nous avons des exemples merveilleux de collaboration intersectorielle.

Le directeur général de l'Organisation mondiale de la santé en 1978 a décrit les infirmières comme essentielles à la mise en oeuvre des soins primaires de santé, et en 1985 à répéter que le leadership du nursing dans les soins de santé primaires est important et essentiel dans l'évolution du système de santé. En fait, toutes les écoles de nursing du Canada ont changé leur programme pour intégrer les soins de santé primaires.

En 1974, le rapport Lalonde a constaté que quatre éléments de soins primaires influent sur la santé des Canadiens. En 1986, la Charte d'Ottawa les a répétés. En 1990, tous les rapports provinciaux et territoriaux ont repris le principe des soins de santé primaires. C'est pourtant un domaine qui est toujours méconnu dans notre pays. C'est encore très marginal; ce n'est encore que sous forme de projet.

We believe that the primary health care model offers an option to redirect the health care system in a significant way. It needs to be pursued because it is based on the best strategy identified worldwide. I would remind you that the federal government, with the World Health Organization, decided that this was the best strategy to pursue health for all.

My colleague, Mr. Calnan, will give you a few of our Canadian examples that ground that principle.

Mr. Rob Calnan, President-Elect, Canadian Nurses Association: In addition to the conceptual frameworks, there are examples in Canada of effective implementation of the principles of primary health care. I should like to highlight several of them.

The work of the Northeast Community Health Centre in Edmonton embraces the primary health care approach. The centre provides a full range of services, from prevention and health information through treatment, chronic disease management and emergency services, to laboratory and diagnostic imaging.

With the advice of the community advisory committee, the centre plans services to address the health care needs of new immigrants, seniors, children, adolescents and women.

The centre is located on major bus routes and close to schools. The staff of the centre includes nutritionists, audiologists, social workers, public health nurses, emergency nurses, physicians, cultural workers and others. The staff works together to ensure effective responses to individual and family needs.

There is an integrated information system that allows the various professionals to access and share files and information. The centre has strong links with other resources in the community, resources such as schools, social housing, and local workplaces.

Another example of the primary health care approach at work is found at the North Shore Ambulatory Nursing Clinic in North Vancouver. The clinic focuses on health promotion. It had noted a high number of appointment cancellations by cancer patients. This was attributed to conflicting appointments with other health professionals. At the same time, many of the clients of the cancer centre had expressed a strong interest in improving access to oncology care. Through consultation among various health professionals, a program of home visits by nurses was developed. The results of the program included coordination of care of cancer patients, improved access to appropriate services by the appropriate health professional and more efficient use of resources.

Coordination and appropriate assignment of staff have meant improved quality of care and efficiencies in care delivery. For example, visit times have decreased from 45 minutes to 24 minutes per patient. As a result, the health system is more responsive. Each of the nurses now cares for 13 patients per day as compared to the previous average of six patients per day.

Nous pensons que ce modèle offre une option pour réorienter le système de santé de façon importante. Il doit être poursuivi parce qu'il est basé sur la meilleure stratégie identifiée dans le monde. Je vous rappelle que le gouvernement fédéral, avec l'Organisation mondiale de la santé, a décidé que c'était la meilleure stratégie pour favoriser la santé pour tous.

Mon collègue, M. Calnan, va vous donner quelques-uns de nos exemples canadiens d'application de ce principe.

M. Rob Calnan, président élu, Association des infirmières et infirmiers du Canada: Outre les cadres théoriques, on trouve au Canada des exemples de mise en oeuvre efficace des principes de soins de santé primaires. J'aimerais en souligner quelques-uns.

Le travail du Centre de santé communautaire du nord-est d'Edmonton a adopté l'approche des soins de santé primaires. Le centre offre tout un éventail de services allant de la prévention à l'information sur la santé en passant par le traitement, la gestion des maladies chroniques, les services d'urgence, les laboratoires et l'imagerie diagnostique.

Avec les conseils d'un comité consultatif communautaire, le centre planifie les services pour répondre aux besoins des nouveaux immigrants, des personnes âgées, des enfants, des adolescents et des femmes en matière de santé.

Le centre est situé sur les principaux trajets des autobus et près des écoles. Le personnel du centre comprend des nutritionnistes, des audiologistes, des travailleurs sociaux, des infirmières de santé publique, des infirmières d'urgence, des médecins, des travailleurs culturels et autres qui collaborent afin de pouvoir répondre efficacement aux besoins des particuliers et des familles.

Le centre est doté d'un système d'information intégrée qui permet aux professionnels de consulter les dossiers et l'information. Le centre a des liens très solides avec d'autres ressources de la collectivité, comme les écoles, les logements sociaux et les lieux de travail.

La formule des soins de santé primaires a également été adoptée à la North Shore Ambulatory Nursing Clinic, au nord de Vancouver. La clinique se concentre sur la promotion de la santé. On y a noté un nombre important d'annulations de rendez-vous par les patients souffrant de cancer, ce que l'on a attribué à des rendez-vous concurrents avec d'autres professionnels de la santé. Parallèlement, bon nombre des clients du centre de cancer ont exprimé le vif souhait que soit amélioré l'accès aux soins oncologiques. Grâce à des consultations avec les divers professionnels de la santé, un programme de visites à domicile par des infirmières a été mis au point. Ce programme a permis d'en arriver à une meilleure coordination des soins aux patients cancéreux, à une amélioration de l'accès aux services appropriés des professionnels de la santé et à une utilisation plus efficace des ressources.

La coordination et l'affectation appropriées du personnel ont entraîné une amélioration de la qualité des soins et une plus grande efficacité dans la prestation. Par exemple, la durée des visites a diminué de 45 à 24 minutes par malade. Par conséquent,

A similar clinic has been developed in Ottawa as a research project on temporary funding.

In the area of telehealth, we have the University of Ottawa's Heart Institute, which provides both telehealth and telemedicine. It provides cardiac consultations to clients in the North, especially in Aboriginal communities. Congestive heart failure patients have continuous and uninterrupted access to a nurse 24 hours a day, seven days a week, 365 days a year. Based on a patient's health information, the nurses direct patients to adjust their diets or their medications, or put the patient in direct contact with the appropriate professional. The patients participate in and take ownership of their own health care. The benefits to the health care system include decreased readmission rates.

A fourth example of primary health care is the street health teams, which are active in most of the cities across the country. These teams are made up of nurses, physicians, nutritionists, social workers, lawyers and other professionals, as well as the housing and criminal justice sectors. Their clients are the out-of-the-mainstream populations, such as the homeless. The health of these groups is challenged by poor diets, lack of housing and poor sanitation. Many suffer from diseases such as tuberculosis. Many have HIV, AIDS and hepatitis C, yet they cannot access the health care system. The street health teams bring their varied expertise to the street. Some of them focus on caring for the sick; others address the challenges these populations face, the challenges that determine their health status. In some cities, the street health teams provide needle exchange programs. In others, such as in Ottawa, the team has raised funding and built a palliative care centre for the homeless.

Of course, there is telephone triage across the country that provides the support and principle of appropriate utilization of health care resources. This system engages the public in their health, fosters health promotion and facilitates access to advice and services. Ontario, Quebec and New Brunswick have province-wide systems. In the New Brunswick program, for example, staff is able to respond to the questions and concerns of almost 75 per cent of the calls. This means the program has reduced the demands on and the inappropriate use of emergency equipment.

These initiatives offer the foundations upon which to build a national framework for our health care system. They look beyond the traditional health care delivery; they link to schools and to workplace environments and create partnerships and linkages.

le système de santé est mieux adapté. Chacune des infirmières s'occupe maintenant de 13 malades par jour au lieu de six en moyenne auparavant.

Une clinique semblable a été créée à Ottawa comme programme d'un projet de recherche assuré par un financement temporaire.

Dans le domaine de la télésanté, nous avons l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, qui assure à la fois des services de télésanté et de télémedecine. Il offre des consultations en cardiologie aux clients dans le Nord, en particulier dans les localités autochtones. Les malades ayant des défaillances cardiaques ont un accès permanent et ininterrompu à une infirmière 24 heures par jour, sept jours par semaine et 365 jours par an. À partir des renseignements sur la santé des malades, les infirmières leur prescrivent de modifier leur régime ou leur médication et les mettent en contact direct avec le professionnel approprié. Les malades participent à leurs propres soins et se prennent en charge. La diminution des taux de réadmission qui en résulte est avantageuse pour le système de santé.

Les équipes de santé de rue, qui sont actives dans la plupart des villes du pays sont un quatrième exemple de soins de santé primaires. Ces équipes sont composées d'infirmières et d'infirmiers, de médecins, de nutritionnistes, de travailleurs de la santé, d'avocats et d'autres professionnels ainsi que des membres des secteurs du logement et de la justice pénale. Leur clientèle est composée de populations marginalisées comme les sans-abri. La santé de ces groupes est compromise par une mauvaise alimentation, le manque de logement et une mauvaise hygiène. Beaucoup d'entre eux souffrent d'une maladie comme la tuberculose. De nombreux autres sont porteurs du VIH/sida et de l'hépatite C. Pourtant, ils ne peuvent pas accéder au système de santé. Les équipes de santé de rue apportent leurs diverses expertises dans la rue. Certaines se concentrent sur les soins aux malades; d'autres travaillent à surmonter les difficultés auxquelles sont confrontées ces populations — des difficultés qui déterminent leur état de santé. Dans certaines villes, les équipes de santé de rue offrent des programmes d'échange de seringues. Dans d'autres, comme à Ottawa, l'équipe a recueilli des fonds et construit un centre de soins palliatifs pour les sans-abri.

Il y a aussi des systèmes de triage par téléphone dans tout le pays qui souscrivent au principe de l'utilisation appropriée des ressources en matière de santé. Ce système fait participer la population à sa santé, favorise la promotion de la santé et facilite l'accès aux conseils et aux services. L'Ontario, le Québec et le Nouveau-Brunswick ont des systèmes à l'échelle de la province. Le personnel du programme du Nouveau-Brunswick, par exemple, est en mesure de répondre aux questions et aux préoccupations de presque 75 p. 100 des personnes qui appellent. Le programme a donc permis de réduire l'encombrement des salles d'urgence et leur utilisation abusive.

Ces initiatives jettent les bases d'un cadre national pour notre système de santé. Elles vont au-delà de la prestation des soins de santé traditionnels. Elles sont liées à l'école et au milieu de travail et créent des partenariats et des liens. Elles ciblent l'éducation de

They focus on educating the public through health promotion and disease prevention. They encourage all Canadians to take an active role in their health.

The examples illustrate that when it comes to elements like numbers, mix of professionals and ranges of service, there is no cookie-cutter response. They show that implementing the primary health care approach can and does improve quality and accessibility to care. Equally it can create efficiencies and cost savings. It also ensures that attention and resources are focused on prevention.

The CNA believes, as Ms Rodger has said, in the five principles of primary health care and it offers a framework principle for rebuilding the health care system in Canada.

From CNA's perspective, there are three impediments to the full adoption of primary health care in Canada: systemic, human resources and attitudinal. The examples of systemic barriers include a lack of supports for intersectoral collaboration, legislative and policy factors such as the Canada Health Act and the fee-for-service remuneration schemes that reinforce a single point of entry and the curative focus for the health care system. Funding instability has aggravated all of the systemic barriers.

We described the human resource barriers in our presentation to this committee last May. We noted that your report, volume 5, devoted a chapter to the issue of health human resources. Nursing applauds your attention in facilitating access to education. We would hope that your recommendations might embrace continuing education as well. In a sector like health, where new technology changes are rapid, lifelong learning is a must. This year alone, the education system has refused thousands of prepared candidates into schools of nursing because of lack of seats.

Inadequate supply of nursing continues to be a problem and one that will continue to exist into the next decade if action is not taken. While some might think that recruitment from other countries is a solution to this problem, we would suggest otherwise. Not only is there an international nursing shortage, but also, for those nurses who have come from other countries, they find there is not the infrastructure to support them in gaining licensure and integrating into our health care system. Certainly, investment in recruitment and retention strategies is needed, as well as decisions about scopes of practice. CNA believes that all providers should work to their full scope. The Canadian Medical Association developed a statement of principles around decisions on scopes of practice, and CNA endorses this document and recommends it to your reading.

Attitudinal barriers may be related to lack of importance given to principles of primary health care. Canadians value expensive technology and quick-fix cures. However, health promotion often involves low-tech and medium- to long-term initiatives. Diagnostic and curative care, on the other hand, can involve the bells and whistles of technology. Thus, the attention of the

la population par la promotion de la santé et la prévention de la maladie. Elles encouragent tous les Canadiens à jouer un rôle actif dans leur santé.

Ces exemples montrent que lorsqu'on en vient aux éléments, comme les chiffres, la composition des professionnels et l'éventail des services, il n'y a pas de réponse toute faite. Ils montrent que l'adoption de l'approche axée sur les soins de santé primaires peut et doit améliorer la qualité et l'accessibilité des soins. Elle peut également améliorer l'efficacité et réduire les coûts dans la mesure où l'attention et les ressources se portent sur la prévention.

L'AIIC croit que les cinq principes des soins de santé primaires peuvent créer la base d'un cadre de reconstruction du système de santé au Canada.

L'AIIC estime qu'il existe trois obstacles à l'adoption des soins de santé primaires au Canada: des obstacles systémiques et liés aux ressources humaines et aux attitudes. Les obstacles systémiques sont notamment attribuables au manque de soutien à la collaboration intersectorielle, à des facteurs législatifs et politiques comme la Loi canadienne sur la santé et aux programmes de rémunération à l'acte, qui renforcent l'entrée unique, et au fait de privilégier les soins curatifs. L'instabilité du financement a aggravé tous ces obstacles systémiques.

Les obstacles liés aux ressources humaines ont été décrits dans notre exposé au comité en mai dernier. Nous notons que dans votre rapport, volume 5, vous consacrez un chapitre à la question des ressources humaines. Les infirmières vous félicitent de l'intérêt que vous portez à l'accès à l'éducation. Nous espérons que vos recommandations porteront également sur l'éducation permanente. Dans un secteur comme la santé où les connaissances et la technologie changent très rapidement, l'apprentissage tout au long de la vie est une nécessité. Cette année seulement, le réseau de l'enseignement a rejeté des milliers de candidats préparés aux écoles de soins infirmiers faute de places.

La pénurie d'infirmières continue d'être un problème et continuera de l'être au cours de la prochaine décennie si rien n'est fait. Même si d'aucuns peuvent penser que le recrutement dans un autre pays est une solution, nous ne sommes pas de cet avis. En effet, il y a une pénurie mondiale d'infirmières mais, en plus, les infirmières qui viennent de l'étranger constatent qu'il n'y a pas d'infrastructure capable de les aider à obtenir leur autorisation de travailler et à s'intégrer dans notre système de soins. Chose certaine, certains investissements dans des stratégies de recrutement et de maintien en poste sont nécessaires. L'AIIC croit que tous les soignants doivent donner leur pleine mesure. L'Association médicale canadienne a élaboré un énoncé de principes au sujet des décisions concernant le cadre des fonctions. L'AIIC souscrit à ce document et vous recommande de le lire.

Les obstacles liés aux attitudes sont notamment la négligence des principes des soins de santé primaires. Les Canadiens apprécient les technologies coûteuses et les traitements miracles. Toutefois, la promotion de la santé suppose souvent des technologies rudimentaires et des initiatives à moyen et à long terme. En revanche, les diagnostics et les soins curatifs peuvent

public and of policy-makers has been on the curative elements and dismissive of the preventative components of the health care system.

Canadian nurses are passionate about health care. We believe the present health care system in Canada provides a strong base for the future. As my colleague, Dr. Rodger, has stated, we are concerned that if there is not a congruence of the recommendations of this Senate committee and the royal commission it might lead to greater indecisiveness.

Nurses know that primary health care strategies exist to enhance the effectiveness and efficiency of the present system. We encourage the committee to recommend these strategies in its final report.

[Translation]

Senator Pépin: After listening to you and reading your brief, I wonder where we are going to start.

You say that primary care is important. It is difficult to know how to approach the demonstrated need for staff who are better qualified and better paid and who are familiar with the new technologies, when we know the problems that exist in the human resources area.

You laid out five principles, including accessibility, public participation, and education, and the principle of health promotion is given as the third priority. Should public education and health promotion not be the first concern?

You gave us the example of the group that got together to play cards. It has been shown that when people are better informed, their knowledge base changes and it becomes easier to provide health services to them.

Moreover, we know that public education is a priority because people become very aware of issues once they have been informed. We also need to take into account the fact that health-care workers are getting older and the public is concerned about these matters. I am talking, of course, about seniors who will soon be in the majority in Canada.

We realize that if the education system is set up properly, if we can reach people through health promotion activities, patients will not necessarily leave the hospital earlier and receive home care. We will soon be educating people to monitor their health problems themselves, to know about their medications and to consult a doctor when necessary. This is a comprehensive approach that is completely new. I agree with you that we definitely need to go in that direction.

With respect to nurse practitioners, I recognize the work that they can do, but it seems that in some places registered nurses, nurse practitioners and practical nurses are not working well together. There is also the fact that doctors in some parts of the country do not easily accept nurse practitioners. Those are the main points that I wanted to raise.

faire appel à tout l'arsenal des technologies. Par conséquent, l'attention de la population — et des décideurs — s'est portée sur les aspects curatifs en négligeant les aspects préventifs du système de santé.

Les infirmières et infirmiers du Canada se consacrent avec passion à la santé des Canadiens. Nous croyons que le système de santé actuel offre un point de départ solide pour l'avenir. Comme mon collègue le Dr Rodger l'a dit, nous redoutons une plus grande indécision encore si les recommandations du comité du Sénat et celles de la Commission royale d'enquête ne convergent pas.

Les infirmières et infirmiers savent qu'il existe des stratégies en matière de soins de santé primaires pour améliorer l'efficacité du système actuel. Nous encourageons le comité à recommander l'adoption de ces stratégies dans son rapport final.

[Français]

Le sénateur Pépin: Après vous avoir entendue et après avoir lu votre mémoire, je me demande où nous allons commencer.

Vous dites que les soins de santé primaires sont importants. Lorsqu'on constate qu'il faut du personnel mieux qualifié, mieux rémunéré, à l'affût de la technologie et lorsqu'on connaît les difficultés en termes de ressources humaines, on se demande vraiment de quelle façon procéder.

Vous avez énoncé cinq principes dont, entre autres, l'accessibilité, la participation du public, l'importance de l'éducation et le principe de la promotion de la santé est en troisième position des priorités. Est-ce que l'éducation du public et la promotion de la santé ne devraient pas figurer au premier rang?

Vous nous avez donné l'exemple du groupe qui allait jouer aux cartes. On remarque que lorsque les gens sont sensibilisés, la connaissance change et cela facilite la prestation de soins de santé donnés aux patients.

De plus, on sait que l'éducation du public est une des priorités parce qu'aussitôt qu'on leur parle, les gens sont très sensibles. Il faut aussi tenir compte du vieillissement des travailleurs de la santé et de l'inquiétude du public. Je parle évidemment des personnes du troisième âge qui constitueront bientôt la majorité de la population du pays.

On réalise que si le système d'éducation est bien structuré, si on peut rejoindre la population par la promotion de la santé, les patients ne partiront pas nécessairement plus tôt de l'hôpital pour être traités à domicile. Bientôt on va éduquer les gens à suivre l'évolution de leur maladie eux-mêmes, à connaître leur médication et à consulter un médecin si nécessaire. Cette approche est globale et tout à fait différente. Je suis d'accord avec vous, il faut définitivement s'orienter de ce côté.

En ce qui a trait aux infirmières praticiennes, je reconnais le travail qu'elles peuvent faire, mais il semble qu'à certains endroits il y ait des difficultés d'arrimage entre les infirmières graduées, les infirmières praticiennes et les infirmières auxiliaires. N'oublions

You said that primary health care is important, but what do you think could be done to solve the shortage of nurses?

Ms Lemire Rodger: I think that your question is about where to start. For exactly 20 years, we have been promoting the approach of the World Health Organization. This is not our first presentation on how the health care system should be reformed.

Mr. Justice Howe, who did a review in the 1980s, concluded that primary health care was an important approach to consider. As for where to start, I firmly believe that the five principles are all a priority; they are all equally important. What we need is a multifaceted approach. There is no doubt that public education is essential. We need to help change attitudes. Public education is part of what must be done. The more this approach to care is integrated into and becomes part of the overall health care system, the more the public will work with health care providers to develop this new knowledge.

Large-scale publicity campaigns can be organized, but it is really on the front line, where people are dealing with health problems, that the circumstances can be used to advantage. Mr. Calnan gave examples of that earlier.

The other point is about human resources. For the Canadian health care system, where over 75 per cent of care is provided by nurses, this is a key aspect of support for a future health system. It is one thing to invest in technology, equipment, research and education, but if we do not resolve the human resources problem, no gains will be made because the systems will have to be cut back. In my opinion, this is the key aspect. You point it out in the fifth volume of your report.

We have been debating the issue since 1997, since we received the human resources data, which we provided to your committee. In a few weeks, we will be receiving a new report on nursing numbers which will make projections up to the year 2016 using the data received in 1997.

We know the problems involved in nursing shortages, but we also know the solutions. There is simply a lack of political will between the federal government and provincial and territorial governments to resolve the situation. Up to this point, all the provinces and territories have had an advisory committee on nursing shortages. The federal government and all the provincial governments have taken initiatives. At the federal level, for example, there was the advisory committee on health care and the nursing sector study.

The easy problems have been resolved. More money has been put into research, which is extremely important, and into education, which is also extremely important. There has also

pas que dans certaines régions du pays, des médecins ont de la difficulté à reconnaître cette situation. Ce sont les principaux points sur lesquels j'aimerais qu'on discute.

Lorsque vous faites mention de l'importance des soins de santé primaires, comment envisagez-vous la façon de résoudre le problème du manque de personnel en soins infirmiers?

Mme Lemire Rodger: Je crois que votre question vise à savoir par où commencer. Cela fait exactement 20 ans qu'on prône le mouvement de l'Organisation mondiale de la santé. Il ne s'agit donc pas de notre première présentation sur le sujet de la réorientation du système de soins de santé.

Le juge Howe, qui en a fait la revue au cours des années 80, a statué que c'était une orientation importante à considérer. Quant à savoir par où commencer, je crois fermement que les cinq principes n'ont pas de priorité; ils sont tout aussi importants les uns que les autres. C'est donc l'approche multifacette qu'il faut considérer. Il n'y a pas de doute que l'éducation du public est essentielle. C'est un mouvement d'attitudes qu'il faut appuyer. L'éducation du public fait partie des choses que l'on doit faire. Plus l'approche au niveau des soins est intégrée et fait partie du système principal de santé, plus le public travaille avec les travailleurs de la santé pour développer cette nouvelle connaissance.

On peut faire de grandes campagnes publicitaires, mais c'est réellement sur le terrain, lorsqu'on est frappé par un problème de santé, qu'on peut le mieux tirer profit des circonstances. C'est un peu comme les exemples que M. Calnan a présentés tantôt.

L'autre point, ce sont les ressources humaines. Pour le système de santé canadien, où plus de 75 p. 100 des soins sont prodigués par les infirmières, c'est un point central au soutien d'un système de santé futur. On peut investir dans la technologie, l'équipement, la recherche et l'éducation, mais si on ne règle pas le problème de la main-d'œuvre, ces efforts seront inutiles car les systèmes devront être réduits. À mon avis, c'est la question clé. Vous le notez dans votre cinquième volume.

C'est une question que nous débattons depuis 1997, depuis que nous avons reçu les données sur la main-d'œuvre, ce dont nous avons fait part à votre comité. Dans quelques semaines, nous recevrons aussi un nouveau rapport sur la main-d'œuvre infirmière dans lequel nous projetons les données jusqu'en 2016 à partir des données reçues en 1997.

En ce qui concerne la main-d'œuvre infirmière, le problème est connu mais les solutions aussi. Il manque simplement une volonté politique coordonnée entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux pour régler la situation. Jusqu'à ce jour, toutes les provinces et territoires avaient un comité aviseur sur la main-d'œuvre infirmière. Chaque gouvernement, tant fédéral que provincial, a pris des initiatives à cet égard. Au plan fédéral, par exemple, il y a eu le comité aviseur sur les soins de santé et l'étude de secteurs dans le domaine des soins infirmiers.

On a réglé ce qui était facile. On a ainsi attribué plus de fonds pour la recherche, ce qui est extrêmement important et pour l'éducation, ce qui est aussi extrêmement important. On a

been investment in information and technology. However, one of the two main obstacles is the number of graduating nurses: 4,800 nurses are graduating every year now, compared with 10,000 barely ten years ago.

In Canada, this year alone, thousands of well-qualified students have been turned away. The universities reject them because there are only 70 places for every 800 applications across the country. There is no lack of young people and not-so-young people wanting to take up nursing, but the governments are not funding the seats in the universities. This is a very serious problem, which is easy to solve.

It takes funding. The system used to have this funding, but it disappeared in the dark days of the 1990s when all the systems lost ground and thousands of nursing positions were abolished. Today we are seeing the results of these short-sighted policies on our system.

We do not need to go to other countries and pirate their health-care workers. We need to train the number of nurses required with the resources that we have. The problem is an easy one to solve.

Nothing is simple, because our systems are complex, but we have a pool of professors who, because of aging demographics, will be retiring within five to ten years. We need to use them now.

The second problem deals with how human resources are used. A lot of research has been done. We simply need to have the number of nurses required to be able to provide care to the public. The ratio of nurses to patients has been cut to dangerous levels. Last week, I heard that lower percentages of registered nurses in the system had been quantifiably linked to an increase in mortality and complications.

For example, an Ontario study shows that registered nurses and practical nurses working together is a better health-care model than nurses and nurses' aids working together. Other research shows that a higher percentage of registered nurses has a direct impact on urinary infections and mortalities. For every 10 per cent increase in the number of registered nurses, the number of deaths drops by 5,000 per year. The number of complications relating to pain, urinary infections, accidents and dirty needles also goes down. A tremendous amount of research in this area has been done over the last year. If your committee does not have access to all this data, we will be pleased to provide it to you.

I would say that we need to start with the university seats and the workload problems. A national committee is currently studying patients' safety. One of the important aspects in patients' safety is the need to have adequate staff to provide the care. There are all sorts of tools to ensure that clients' safety and other needs can be matched with qualified staff. Human resource

également investi dans l'information et la technologie. Toutefois, une des deux pierres d'achoppement présentement touche au nombre d'infirmières qui reçoivent leur diplôme: 4 800 infirmières par année au lieu de 10 000 il y a à peine dix ans.

Au Canada, cette année seulement, on a refusé des milliers d'étudiants très bien formés. Les universités les refusent, parce qu'il n'existe que 70 sièges pour 800 demandes au pays. Nous ne vivons pas une pénurie de jeunes et de moins jeunes personnes voulant entreprendre une carrière dans les soins infirmiers, nous sommes dans une situation où les gouvernements ne financent pas les sièges pour accepter ces étudiants. C'est très sérieux. La solution est facile.

Cela prend des fonds. Ces fonds étaient dans le système avant et on les a enlevés durant les années noires 1990 quand tous les systèmes se retrouvaient en perte de vitesse et quand on a aboli des milliers de postes d'infirmières. On se retrouve donc aujourd'hui avec ces politiques à courte vue, qui ont des conséquences dans notre système.

Nous n'avons pas besoin d'aller dans d'autres pays et de pirater les ressources de leur propre système de santé. Nous devons former le nombre d'infirmières et d'infirmiers requis avec les ressources dont nous disposons. Cela peut être résolu facilement.

Rien n'est simple, car nous vivons à l'intérieur de systèmes complexes, mais nous disposons d'un bassin de professeurs qui, à cause du vieillissement de la population, devront prendre leur retraite dans les cinq ou dix prochaines années. Il est temps de les utiliser maintenant.

Le deuxième point concerne la révision de la main-d'œuvre. Présentement, les recherches abondent. Il suffit d'avoir le nombre d'infirmières et d'infirmiers nécessaires capables de prodiguer des soins au public. On a diminué le ratio infirmières/patients pour la dispensation des soins de façon dangereuse. La semaine dernière, j'ai entendu dire que selon le pourcentage d'infirmières autorisées dans le système, il y avait augmentation de mortalité et des complications de façon quantifiable.

Par exemple, une étude faite en Ontario démontre que lorsque les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires travaillent ensemble, ce modèle de soins est supérieur à celui où des infirmières et des aides qui travaillent ensemble. D'autres recherches démontrent qu'un pourcentage d'infirmières autorisées plus élevé a un impact direct sur les infections urinaires et sur le nombre de mortalités. Pour chaque ajout de 10 p. 100 d'infirmières autorisées, on réduit le nombre de mortalités de 5 000 par année. On réduit aussi les complications sur le plan de la gestion de la douleur, des infections urinaires, des accidents et des aiguilles souillées. La recherche faite en ce domaine durant la dernière année est énorme. Si votre comité n'a pas accès à toutes ces données, nous nous ferons un plaisir de vous y donner accès.

Je vous dirais de commencer par les sièges et par la surcharge de travail. Un comité national travaille présentement à la sécurité des patients. Un des éléments importants pour la sécurité des patients est justement d'avoir le personnel nécessaire pour assurer les soins. Il y a toutes sortes d'outils pour s'assurer qu'il y a une correspondance entre les besoins de la clientèle, leur sécurité et les

issues in nursing, public education and the five principles are all extremely important. There are important indicators on how we need to start to reform the present system.

[English]

Ms Kay: I should like to add to the comments. I want to go back to your point with respect to public participation and also to address your question about the conflict between nurses and dealing with that conflict.

With respect to public participation, I mentioned creativity in my comments. My colleagues provided some examples of public participation.

One example that comes to mind is a national organization that had a mandate to raise awareness about breast cancer screening. That organization enlisted the help of hairdressers to speak with women about breast cancer screening during their weekly hair appointments. That is a creative strategy, one that goes beyond traditional health care providers and enlists the help of hairdressers to raise awareness about issues.

What you were getting at, senator, is that you are not talking about home care after hospital but perhaps delaying entry to hospital. These are kinds of creative strategies.

Licensed practical nurses are direct care providers. That is our primary focus. Certainly, we can participate in helping to relay strategies. For example, when our nurses are in the community in an independent role doing foot care, they could speak to clients about other things as well.

As well, I am struck by the Elnora community project in Alberta. In developing that project and in looking at what form primary health care would take in the community, they had 100 community volunteers talk about what they needed. They talked about it in the context of not just health services but what the community vision should look like. I was struck by how the community was brought in from the ground floor to look at designing both its health services and the broader decision for the community.

I would expand on the discussion about the conflict between nurses and different roles to say that it is a symptom of the overlap between many different kinds of providers. You address it nicely in your fifth report when you talk about the need to have some sort of collaborative education between providers so that they understand each other's role. I see that as quite key.

compétences du personnel requis. La main-d'oeuvre infirmière en particulier est extrêmement importante, l'éducation du public et les cinq principes. De bonnes pistes nous indiquent où nous devons commencer pour rediriger le système actuel.

[Traduction]

Mme Kay: J'aimerais ajouter quelque chose. J'aimerais revenir à ce que vous avez dit à propos de la participation du public et répondre aussi à votre question à propos du conflit entre les infirmières et la façon de régler ce conflit.

En ce qui concerne la participation du public, j'ai parlé de créativité dans mes observations. Mes collègues ont fourni certains exemples de participation du public.

Un exemple auquel je songe est celui d'une organisation nationale dont le mandat était de sensibiliser les femmes au dépistage du cancer du sein. Cette organisation s'est assurée l'aide de coiffeurs afin qu'ils parlent aux femmes du dépistage du cancer du sein pendant leur rendez-vous hebdomadaire chez le coiffeur. Il s'agit d'une stratégie créative qui fait appel à des personnes qui ne sont pas des fournisseurs traditionnels de soins de santé, dans ce cas-ci des coiffeurs, pour faire un travail de sensibilisation à propos de ces questions.

Ce dont vous parlez, sénateur, ce n'est pas des soins à domicile après un séjour à l'hôpital mais peut-être de retarder l'entrée à l'hôpital. Ce sont des formes de stratégies créatives.

Les infirmières auxiliaires autorisées sont des fournisseurs de soins directs. C'est sur elles que nous mettons principalement l'accent. Nous pourrions certainement participer à la transmission de stratégies. Par exemple, lorsque nos infirmières travaillent à titre indépendant dans la collectivité pour offrir des soins des pieds, elles pourraient en profiter pour parler aussi à leurs clients d'autres choses.

Par ailleurs, je suis frappée par le projet communautaire Elnora, en Alberta. Pour élaborer ce projet et examiner la forme que prendraient les soins de santé primaires dans la collectivité, on a demandé à une centaine de bénévoles de la communauté de parler de leurs besoins. Ils en ont parlé non simplement dans le contexte des services de santé mais de la vision communautaire recherchée. J'ai été frappée par la façon dont on a sollicité dès le départ la participation de la collectivité pour examiner la conception de ces services de santé et aussi les décisions plus générales qui touchent la collectivité.

J'aimerais discuter un peu plus du conflit entre les infirmières et de leurs rôles différents pour indiquer qu'il s'agit d'un symptôme du chevauchement des rôles qui existe entre un grand nombre de différentes catégories de fournisseurs de soins. Vous abordez d'ailleurs de façon intéressante cet aspect dans votre cinquième rapport lorsque vous parlez de la nécessité de prévoir une forme quelconque de formation coopérative aux différentes catégories de fournisseurs de soins de santé afin qu'ils comprennent mutuellement leur rôle. Je considère que c'est un élément important.

There are some good examples of work on collaboration between nurses in different jurisdictions. In Saskatchewan, the three categories of nurses produced a report on the collaborative roles of nursing in Saskatchewan. That report provides a good model for entertaining that discussion and for moving that type of practice forward.

Senator Morin: Would you see that we get a copy of that report, please?

Ms Kay: Certainly. I will speak to my colleagues about that.

In addition, Learning Circles Project is underway in Newfoundland. It works between the categories of nurses to raise awareness of each other's roles and how they can work together and be collaborative.

My colleagues referred to the nursing sector study. I am struck by the comments in your report about the timeliness of that for making decisions. I believe there is a two-year time frame, which is further out than you might to see for action to be taken. Certainly, however, the work will produce reports along the way that will provide some useful information about clearing up some of the controversy about the roles of nurses.

There is considerable skill-mix research underway. My colleague has referred to a study by Linda McGillis Hall and Diane Doran that supports that when nurses of both categories — in other jurisdictions we know there are three categories of nurses — work together, it produces positive outcomes for clients.

I would caution us to remember that some of the research that recently has been publicized about negative impacts on clients when there is a reduction in registered nursing hours is American research. When there is reference to the licensed practical nurse role, the role of the Canadian practical nurse is in fact an incomparable role with that of a practical nurse in the United States. The education requirements for a practical nurse in Canada are different than those in the United States. I would therefore ask you to keep an open mind when you review that research. We have verified that, under NAFTA, there is no agreement that licensed practical nurses in this country are the same as they would be in the U.S. or Mexico, so that may not be comparable when it addresses the role of the licensed practical nurse.

We anticipate shortly a report from the Canadian Nursing Advisory Committee that should help to provide you with some additional information about the roles specific to nursing. We will certainly provide you with a copy of that report when it becomes available.

The Chairman: You indicated that roughly a decade ago there were 10,000 nurses in training and that now the number is roughly 4,800. In the last two to three years, the enrolment in medical schools has been increased by roughly 25 per cent. Has there been a corresponding increase in the last several years in nursing school enrolment? As I understand it, the problem is not finding the

Il existe des exemples positifs de travail en collaboration entre les infirmières dans différentes provinces. En Saskatchewan, les trois catégories d'infirmières ont préparé un rapport sur la collaboration des rôles en soins infirmiers en Saskatchewan. Ce rapport fournit un bon modèle pour discuter de cet aspect et favoriser ce genre de méthode.

Le sénateur Morin: Pourriez-vous vous assurer que nous obtenions un exemplaire de ce rapport, je vous prie?

Mme Kay: Bien sûr. J'en parlerai à mes collègues.

De plus, un projet de cercles d'apprentissage est en cours à Terre-Neuve. Ce projet vise à sensibiliser les infirmières d'une certaine catégorie au rôle des infirmières d'une autre catégorie afin qu'elles puissent travailler en collaboration.

Mes collègues ont mentionné l'étude sur le secteur des soins infirmiers. J'ai été frappée par les commentaires que renferme votre rapport à propos de la prise de décision en temps opportun. Je crois que l'on prévoit un délai de deux ans, ce qui est plus long que ce qu'on voudrait envisager pour que des mesures soient prises. Il ne fait aucun doute toutefois que ce travail permettra d'établir des rapports en cours de route qui fourniront des renseignements utiles sur la façon de dissiper la controverse qui entoure les rôles des infirmières.

On est en train de faire d'importantes études sur les compétences collectives. Ma collègue a parlé d'une étude faite par Linda McGillis Hall et Diane Doran qui conclut que lorsque les infirmières des deux catégories — nous savons que dans d'autres provinces il existe trois catégories d'infirmières — travaillent en collaboration, cela donne des résultats positifs pour les clients.

Je tiens à signaler que certaines études qui ont récemment été rendues publiques à propos des conséquences négatives pour les clients de la réduction des heures de soins infirmiers dispensés par des infirmières diplômées sont des études américaines. Lorsque l'on parle du rôle de l'infirmière auxiliaire autorisée, le rôle de l'infirmière au Canada ne peut pas en fait se comparer à celui de l'infirmière auxiliaire aux États-Unis. Les études requises pour une infirmière auxiliaire au Canada diffèrent de celles requises aux États-Unis. C'est pourquoi je vous demanderais de garder l'esprit ouvert lorsque vous examinerez ces études. D'après nos vérifications, l'ALENA ne prévoit aucun accord selon lequel les infirmières auxiliaires autorisées au Canada doivent répondre aux mêmes exigences qu'aux États-Unis et au Mexique, donc il est sans doute impossible de comparer leur rôle.

Nous prévoyons la publication sous peu d'un rapport du Comité consultatif canadien des normes infirmières qui devrait vous fournir des renseignements supplémentaires sur les rôles particuliers des infirmières. Nous ne manquerons pas de vous en fournir un exemplaire dès que le rapport sera disponible.

Le président: Vous avez indiqué qu'il y a environ 10 ans il y avait 10 000 infirmières en formation et que ce chiffre maintenant est d'environ 4 800. Au cours des deux ou trois dernières années, l'inscription dans les écoles de médecine a augmenté d'environ 25 p. 100. A-t-on constaté ces dernières années une augmentation correspondante du taux d'inscriptions dans les écoles

candidates who want to be nurses; the problem is finding the spots in the academic institutions. Two or three years ago, when it was clear there would be a shortage of doctors, the ceilings on medical school enrolment were lifted somewhat. Has that happened in nursing schools?

Ms Lemire Rodger: To some degree, it has happened.

Mr. Calnan: There has been an increase in seats in some institutions but not an increase in the graduation numbers.

The Chairman: That is because of a time lag, I would imagine.

Mr. Calnan: Still, looking at those numbers — 10,000 versus 4,800 — when you look at my own province of British Columbia, we had an increase of 400 seats. That is a pittance compared to what we need in order to adequately supply our nurses.

Senator Morin: How many additional seats do we need in Canada? Second, how much would a seat cost?

Ms Lemire Rodger: We do not have a number for the cost of a seat.

Senator Morin: If you ask any level of government to support the creation of a seat, it is difficult to recommend that without a ballpark figure of what that would cost. We know what one medical school slot costs. I am sure you have some idea.

Ms Lemire Rodger: We do not have the data, but the Canadian Association of Schools of Nursing has that number so we will get it for you.

When you ask how many seats we need, there has been a partial increase, but the ceiling has not been lifted. You were comparing what happened in the medical profession with that of the nursing profession. The nursing profession identified its shortage in 1997, whereas the medical association identified its shortage in 1999. By year 2000, they had 2000 seats for 2000, and it was done. Nurses are still fighting to get the number of seats increased five years later.

In the last two years, there has been a small increase in some of the schools of nursing. For example, in Saskatchewan, after all the numbers of the decrease of seats were published on the front page of the paper, the government added 80 seats, which was far less than what was needed to get back to the previous numbers.

There is a time lag between the number of seats you start with and what you graduate, but there is also attrition that needs to be accounted for. Each school has a different level of attrition. They calculate the seats they need in light of their attrition to graduate the number we need.

d'infirmières? D'après ce que je crois comprendre, ce qui pose problème ce n'est pas le recrutement de candidates qui veulent devenir infirmières; c'est de trouver des places dans les établissements d'enseignement. Il y a deux ou trois ans, lorsque l'on a constaté qu'il y aurait une pénurie de médecins, on a augmenté quelque peu le nombre de places dans les écoles de médecine. A-t-on fait la même chose dans les écoles d'infirmières?

Mme Lemire Rodger: Jusqu'à un certain point.

M. Calnan: Le nombre de places dans certains établissements a augmenté mais pas le nombre de diplômées.

Le président: Je suppose que c'est à cause du décalage.

M. Calnan: Quoi qu'il en soit, si on examine les chiffres — 10 000 par rapport à 4 800 — si on examine la situation dans ma propre province de la Colombie-Britannique, nous constatons une augmentation de 400 places. Ce n'est rien comparativement à ce dont nous avons besoin pour répondre à la demande.

Le sénateur Morin: De combien de places supplémentaires avons-nous besoin au Canada? Deuxièmement, combien coûte une place?

Mme Lemire Rodger: Nous n'avons pas de chiffre pour le coût d'une place.

Le sénateur Morin: Si vous demandez à un palier quelconque de gouvernement d'appuyer la création d'une place, il est difficile de formuler une recommandation en ce sens sans avoir une idée approximative du coût. Nous connaissons le coût d'une place dans une école de médecine. Je suis sûr que vous en avez une idée.

Mme Lemire Rodger: Nous n'avons pas les données, mais l'Association canadienne des écoles de nursing a ce chiffre et nous vous le fournirons.

Lorsque vous nous demandez le nombre de sièges dont nous avons besoin, il y a eu une augmentation partielle, mais le plafond n'a pas été levé. Vous avez comparé la situation de la profession médicale à celle de la profession infirmière. La profession infirmière a déterminé l'existence d'une pénurie en 1997, tandis que la profession médicale a déterminé l'existence d'une pénurie en 1999. En l'an 2000, ils avaient 2 000 places pour 2 000 candidats, et la situation était réglée. Cinq ans plus tard, les infirmières continuent toujours de se battre pour qu'on augmente le nombre de places.

Au cours des deux dernières années, on a constaté une faible augmentation dans certaines écoles d'infirmières. Par exemple, en Saskatchewan, après que la diminution du nombre de places ait fait les manchettes, le gouvernement a ajouté 80 places, ce qui est nettement insuffisant pour rétablir les chiffres précédents.

Il existe un décalage entre le nombre de places prévu au départ et le nombre de diplômées, mais il faut aussi tenir compte de l'attrition. Le niveau d'attrition varie d'une école à l'autre. Le nombre de places dont ils ont besoin est calculé en fonction de leur taux d'attrition de manière à obtenir le nombre de diplômées dont nous avons besoin.

The educators are working on factors to reduce the drop-out. Each school has a different rating on that.

You are asking about the number of seats we would need to be able to graduate 10,000. The fact of the matter is, we are not there yet. We do not have the number of seats to graduate those numbers again.

The January statement of the first ministers reiterated the recommendation of the national strategy on nursing that the number of seats and the number of graduates should be increased by 10 per cent of the graduation. That is 480 seats for the whole country.

Ms Kay and I are members of the Canadian Nursing Advisory Committee. Our report will not be ready until September, but we will recommend increasing the number of graduates right now and the corresponding seats to meet that.

We need to go back, in our view, to 10,000. Furthermore, the additional seats should be guided by demographic studies so that those numbers can be adjusted in light of the changes in the needs of the population and the workforce.

Senator Cordy: On the same issue, I grew up in a small city in Nova Scotia. At the time of my graduation from high school, I had friends who went into nursing. They trained at hospitals in the community. In the Sydney area alone, there were six hospitals, I believe. Hospitals offered a three-year nurses training. Now you have to go to one of the universities in Nova Scotia to become a nurse. Has a university degree made for better nursing care for Canadians?

Ms Kay: I will make a couple of comments and then let my colleagues respond to the university aspect.

I want to point out that the entry to nursing in the country is not limited to university. In fact, the community college is an entry point for licensed practical nursing.

Ontario removed the cap for entry to nursing programs. However, that did not mean that a tremendous number of people could be taken into the program, because there are faculty shortages. Historically, the age of faculty is a little higher than that of the population of nurses. Not having a sufficient faculty to open up those seats becomes an issue.

There are other issues in terms of flexible delivery and prior learning assessment that confound the issue. Licensed practical nurses do not have an easy transition to become registered nurses, particularly in baccalaureate programs. It would seem peculiar that licensed practical nurses, many of whom in Ontario will have two years of college experience, as well as experience in the practice setting, should be treated the same as a graduate from

Les pédagogues essaient de déterminer les facteurs qui permettront de réduire le taux d'abandon. Ce taux varie d'une école à l'autre.

Vous nous demandez le nombre de sièges dont nous aurions besoin pour former 10 000 diplômées. Le fait est que nous n'en sommes pas encore là. Nous n'avons pas le nombre de sièges voulu pour obtenir à nouveau ce nombre de diplômées.

L'annonce faite en janvier par les premiers ministres a réitéré la recommandation de la stratégie nationale en matière de soins infirmiers, selon laquelle le nombre de sièges et le nombre de diplômées devraient augmenter 10 p. 100. Cela représente 480 places pour l'ensemble du pays.

Mme Kay et moi-même sommes membres du Comité consultatif canadien des normes infirmières. Notre rapport ne sera pas prêt avant septembre, mais nous recommanderons d'augmenter le nombre de diplômées dès maintenant de même que le nombre correspondant de places pour atteindre cet objectif.

Nous devons rétablir, à notre avis, cet objectif de 10 000. De plus, le nombre de places supplémentaires devrait être déterminé à l'aide d'études démographiques afin qu'il soit rectifié en fonction des changements au niveau des besoins de la population et de la main-d'oeuvre.

Le sénateur Cordy: Sur la même question, j'ai grandi dans une petite ville de la Nouvelle-Écosse. Lorsque j'ai terminé mes études secondaires, j'ai des amies qui ont décidé de devenir infirmières. Elles ont reçu une formation dans les hôpitaux de la collectivité. Je crois que dans la seule région de Sydney, il y avait six hôpitaux. Ces hôpitaux offraient une formation d'infirmière de trois ans. Maintenant, pour devenir infirmière, il faut aller à l'une des universités de la Nouvelle-Écosse. Est-ce que l'obtention d'un diplôme universitaire se traduit par de meilleurs soins infirmiers pour les Canadiens?

Mme Kay: Je ferai quelques observations, puis je laisserai mes collègues répondre à propos de l'aspect universitaire.

Je tiens à signaler qu'au Canada la formation infirmière n'est pas limitée aux universités. En fait, les collèges universitaires sont un point d'entrée pour les infirmières auxiliaires autorisées.

L'Ontario a éliminé le plafond pour l'admission aux programmes de soins infirmiers. Cependant, cela ne s'est pas traduit par une énorme augmentation des inscriptions aux programmes étant donné qu'il y a des pénuries parmi le personnel enseignant. Traditionnellement, les membres du personnel enseignant sont un peu plus âgés que la population d'infirmières. Comme il n'y a pas suffisamment de personnel enseignant, on ne peut pas offrir le nombre de places voulu et cela pose problème.

Il y a d'autres problèmes en ce qui concerne la souplesse du programme d'études et l'évaluation des connaissances acquises qui viennent aggraver la situation. La transition au statut d'infirmière diplômée n'est pas facile pour les infirmières auxiliaires autorisées, surtout dans le cadre des programmes de baccalauréat. Il semble étrange que les infirmières auxiliaires autorisées dont un grand nombre en Ontario comptent deux années d'études collégiales, de même qu'une expérience pratique,

high school when they enrol in a baccalaureate program in nursing. That may be an artificial barrier that should be examined in terms of career laddering within nursing.

Mr. Calnan: I have been an educator in two diploma nursing programs and in a collaborative nursing program, and I trained or graduated out of a three-year hospital program. You asked whether a university education provides a better education for nurses. I would say yes.

The Chairman: I think the answer to that would obviously be "yes." I interpreted the question to be different, more along the lines of whether you really need it to do the job.

Senator Cordy: My question was whether Canadians are receiving a better quality of health care because a nurse has a university degree.

Mr. Calnan: Yes, because there is time to examine the principles of primary health care, what it is to work within communities and families and the benefits of working with multidisciplinary teams. I did not benefit from those things in my hospital-based program. Prior to my university education, I did not have any understanding of those issues.

Senator Cordy: I am not sure, in the good old days, if those issues were on the table for anyone, whether at university or not.

The Chairman: Perhaps this is a function of the age of the committee and the fact that some of us are married to nurses. From the point of view of delivering health care, there is no question that someone more educated is probably, on balance, better, but we have a crisis here. Do we need a high-class solution to the crisis, a bachelor of science in nursing, or can we develop an alternative program that will quickly get us more people who are trained to do the job?

Ms Lemire Rodger: The question becomes: What would be the effect on the quality of care that Mr. Calnan was giving evidence on? We do have evidence, and the work of Linda O'Brien-Pallas, the national chair of research, has done comparisons between diploma and bachelor degree nurses, and there is evidence of the impact on patient outcome.

That evidence was not previously available. As the profession did the transition from 1980 to the present, we wanted to ensure that all nurses would have a chance to move into the new era, so that the nurses of today and tomorrow will have the knowledge they need to sustain a complex health care system.

doivent recevoir le même traitement qu'une diplômée d'études secondaires qui s'inscrit à un programme de baccalauréat en sciences infirmières. C'est peut-être un obstacle artificiel qu'il faudrait examiner en ce qui concerne l'avancement professionnel dans le domaine des soins infirmiers.

M. Calnan: J'ai été enseignant dans deux programmes de sciences infirmières menant à un diplôme et dans un programme coopératif de sciences infirmières, et j'ai suivi la formation d'un programme de trois ans en milieu hospitalier au bout duquel j'ai obtenu un diplôme. Vous avez demandé si des études universitaires assurent une meilleure formation aux infirmières. Je répondrais oui.

Le président: Je pense que la réponse serait de toute évidence oui. J'ai interprété la question différemment, à savoir si cela était vraiment important pour faire le travail.

Le sénateur Cordy: J'ai demandé si les Canadiens recevaient de meilleurs soins de santé parce qu'une infirmière détient un diplôme universitaire.

M. Calnan: Oui, parce que cela donne le temps d'examiner les principes des soins de santé primaires, en quoi consiste le travail auprès des collectivités et des familles et les avantages de travailler en collaboration avec des équipes multidisciplinaires. Je n'ai pas eu l'occasion d'apprendre ce genre de choses dans le programme que j'ai suivi, qui était dispensé par l'hôpital. Avant mes études universitaires, j'ignorais tout de ces questions.

Le sénateur Cordy: Je doute qu'au bon vieux temps on abordait ce genre de questions, que ce soit à l'université ou non.

Le président: C'est peut-être en raison de l'âge des membres du comité et du fait que certains d'entre nous ont épousé des infirmières. Pour ce qui est de la prestation des soins de santé, il ne fait aucun doute qu'une personne mieux formée est probablement, tout bien considéré, plus compétente, mais nous traversons une crise ici. Avons-nous besoin d'une solution de première classe à la crise, un baccalauréat ès sciences en sciences infirmières, ou pouvons-nous élaborer un programme de rechange qui nous permettra d'obtenir plus rapidement des gens qui ont la formation voulue pour faire le travail?

Mme Lemire Rodger: Il faut alors se demander quelles en seront les conséquences pour la qualité des soins dont M. Calnan parlait? Nous avons des preuves à cet égard, et le travail de Linda O'Brien-Pallas, la présidente nationale de la recherche, a établi des comparaisons entre les infirmières munies d'un diplôme et celles qui ont un baccalauréat — et on a constaté que cela influe sur le résultat pour le patient.

Ces constatations n'étaient pas disponibles auparavant. Tout au long de la transition que la profession a connue à partir de 1980 jusqu'à présent, nous tenions à nous assurer que l'ensemble des infirmières aient la possibilité de s'adapter à la nouvelle ère, de sorte que les infirmières d'aujourd'hui et de demain possèdent la connaissance nécessaire pour soutenir un système de soins de santé complexe.

In this country, Nova Scotia, New Brunswick, Prince Edward Island, Manitoba, except for one school, Saskatchewan and Ontario are recognizing that a two-year education for a registered nurse is not sufficient to prepare for the complexity of the work.

Why is it that politicians are always questioning whether nurses need six months or one year more, or whatever, of education? That does not happen with physicians, physiotherapists or other medical professionals. If there were a shortage of, say, neurosurgeons, it would be unreasonable to ask them to cut their course by half a year. Each of the professions, in conjunction with governments, has a registering body that is based on the protection of the public and the competency one needs to provide safe care. It is those bodies that decide the appropriate level of education and knowledge required, including for nurses.

Currently, intensive care nurses make 90 per cent of the life and death decisions. Do you want ill-prepared nurses? Can you say they will have six months less education, and then put your life in their hands? I do not think so. It is unreasonable to ask that of the profession.

I have been all through the country. To nurse in the Northwest Territories, even in Yellowknife, a nurse needs additional education. They have a collaborative program with Victoria and that program takes an additional six months to complete, just to ensure they will be safe, let alone what is needed for the remote areas.

I want to say emphatically that there is evidence on patient outcome. Within the next year, not only will your reports come out, but the whole issue of patient safety and errors as well, and that will be directly related to education and numbers of people.

Many professionals have recognized that yesterday's knowledge is not sufficient for today and tomorrow. Look at the physiotherapists now taking a bachelor degree for entry into their practice. This also applies to social workers and speech language pathologists. To think that the people providing your main care do not have the knowledge is not appropriate.

As well, if there is a shortage, because of the complexity of a shortage situation you need your best-prepared people available, as your decisions are always a trade-off. They better be well prepared.

Senator Cordy: From my perspective, the professionalism of nurses has been greatly undervalued over the years. They are an integral part of the health care community.

Dans ce pays, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba, à l'exception d'une école, la Saskatchewan et l'Ontario reconnaissent que deux années de formation pour une infirmière diplômée ne sont pas suffisantes pour la préparer à la complexité du travail.

Pourquoi les politiciens demandent-ils constamment si les infirmières ont besoin de six mois ou un an de plus de formation? Ils ne posent pas ce genre de question en ce qui concerne les médecins, les physiothérapeutes ou d'autres membres de la profession médicale. S'il y avait disons une pénurie de neurochirurgiens, il serait déraisonnable de leur demander de réduire leur cours de moitié chaque année. Pour chaque profession, il existe un organisme d'accréditation qui travaille en collaboration avec les gouvernements, qui veille à la protection du public et détermine les compétences nécessaires pour assurer des soins sûrs. Ce sont ces organismes qui décident du niveau approprié de formation et de connaissances nécessaires, y compris pour les infirmières.

À l'heure actuelle, les infirmières qui travaillent aux soins intensifs prennent 90 p. 100 des décisions de vie ou de mort. Voulez-vous des infirmières mal préparées? Êtes-vous prêts à dire qu'elles devront suivre six mois de moins de formation et à remettre votre vie entre leurs mains? Je ne le crois pas. Il est déraisonnable de demander une telle chose aux membres de cette profession.

J'ai visité toutes les régions du pays. Pour travailler dans les Territoires du Nord-Ouest, même à Yellowknife, une infirmière doit suivre une formation supplémentaire. On y a établi un programme coopératif avec Victoria et il faut six mois supplémentaires pour terminer ce programme, simplement pour s'assurer qu'elles pourront dispenser des soins sûrs et les soins nécessaires dans les régions éloignées.

Je tiens à souligner qu'il existe des preuves quant aux résultats sur le patient. Au cours de l'année prochaine, vos rapports seront rendus public mais aussi on rendra publique toute la question de la sécurité des patients et des erreurs qui sont commises, et qui seront directement liées à la formation et aux nombres de personnes qui font partie de l'effectif.

De nombreux professionnels ont reconnu que le savoir d'hier est insuffisant pour aujourd'hui et demain. Il suffit de regarder le cas des physiothérapeutes qui obtiennent maintenant un baccalauréat pour accéder à leur profession. Cela vaut aussi pour les travailleurs sociaux et les orthophonistes. Il est inconcevable que des gens chargés de vous soigner ne possèdent pas les connaissances nécessaires.

Par ailleurs, s'il y a une pénurie, à cause de la complexité d'une telle situation, il faut que vous ayez à votre disposition les gens qui sont les mieux préparés, étant donné que vos décisions représentent toujours un compromis. Ils ont intérêt à être bien préparés.

Le sénateur Cordy: Personnellement, je trouve qu'on a grandement sous-estimé au cours des ans le professionnalisme des infirmières. Elles font partie intégrante du milieu des soins de santé.

However, you have answered a legitimate question, and I would hope we are free to ask any questions we desire this morning.

Ms Lemire Rodger: We will be pleased to provide evidence.

Ms Kay: I wish to return to the chairman's comments about the hands-on provider. Certainly, licensed practical nurses identify themselves with that role. I support what my colleague said: It does not serve Canadians well to shortchange the education of registered nurses in order to get them into the system faster. I would remind the committee, if you are looking for a hands-on provider the licensed practical nurse program is shorter and works in collaboration with the registered nurse. The system already has what it needs to provide regulated nursing care to Canadians in terms of categories of nurses.

Changing the educational requirements to make either one shorter would be inappropriate, and we have seen that the education of the registered practical or licensed practical nurse has expanded as well. That is the trend.

[Translation]

Senator Pépin: I agree, and I recognize that nurses are better qualified now. Even though we have qualified nurses with university degrees, we do not have enough people to look after patients' daily needs. Of course, given the current staff shortages and the work environment, there is no one left to say good morning to patients, give them a bath, talk to them a bit while administering medication, rub their back, et cetera. That type of care does not require four or five years of nursing education. Not so long ago, the first thing a nurse had to do was to introduce herself to the patients and let them know that she was there to look after them. That no longer happens today!

[English]

Senator Cook: I come from the province of Newfoundland and Labrador, and I was pleased to hear you talk about the learning circle program.

In 1984, I chaired the nursing advisory committee on the local health board. We embarked on a vision to bring in a collaborative program by the year 2000. We achieved that with the centre for nursing studies, doing a three-year program with two streams to follow. It has been five years now, and I am not fully up-to-date on what has happened in that five years.

As I remember, the entrance requirements to the centre from high school were higher than for university entrants. We also discovered that when Memorial University opened its school of nursing second-year students had not seen a sick person. They came on the floors totally unprepared for what lay ahead of them. There were a number of people who said, "This is not for me,"

Cependant, vous avez répondu à une question légitime, et j'espère que nous serons libres de poser toutes les questions que nous voulons ce matin.

Mme Lemire Rodger: Nous nous ferons un plaisir de vous fournir ces preuves.

Mme Kay: J'aimerais revenir aux observations faites par le président à propos des fournisseurs de soins directs. Il ne fait aucun doute que les infirmières auxiliaires autorisées considèrent qu'elles ont un rôle à jouer à cet égard. J'appuie ce que mon collègue a dit: c'est rendre un mauvais service aux Canadiens que de court-circuiter la formation des infirmières diplômées afin qu'elles aient accès plus rapidement au système. Je tiens à rappeler au comité que si vous voulez un fournisseur de soins directs, le programme d'infirmières auxiliaires autorisées est plus court et qu'il travaille en collaboration avec l'infirmière diplômée. Le système possède déjà les catégories d'infirmières dont il a besoin pour assurer des soins infirmiers réglementés aux Canadiens.

Il serait inapproprié de modifier la formation requise en raccourcissant le programme de formation dans l'une ou l'autre catégorie, et nous avons constaté que la portée de la formation des infirmières auxiliaires autorisées a été aussi élargie. C'est la tendance.

[Français]

Le sénateur Pépin: Je suis d'accord et je reconnais que les infirmières sont mieux qualifiées. Autant on a des infirmières diplômées et qualifiées, autant on manque de personnel pour s'occuper du quotidien des malades.   videmment, avec le manque de personnel actuel et l'environnement de travail, il n'y a plus personne pour dire bonjour aux malades le matin, lui donner leur bain et leur parler un peu en leur administrant leurs médicaments ou pour leur frotter le dos, et cetera. Ces soins ne requièrent pas quatre ou cinq années d'étude.    une époque pas si lointaine, la première chose qu'une infirmière devait faire était d'aller se présenter à ses malades et les aviser que c'était elle qui allait s'occuper d'eux. Cela ne se fait plus aujourd'hui!

[Traduction]

Le sénateur Cook: Je viens de la province de Terre-Neuve et du Labrador, et j'ai été heureuse de vous entendre parler du programme de cercles d'apprentissage.

En 1984, j'ai présidé le Comité consultatif des normes infirmières du conseil de santé local. Notre vision était de parvenir à un programme de collaboration avant l'an 2000. Nous y sommes parvenus avec le centre des études infirmières qui a offert un programme de trois ans à deux volets. Cela fait maintenant cinq ans et je ne sais pas exactement ce qui s'est passé au cours de ces cinq ans.

Si je me souviens bien, les conditions d'entrée au centre à la fin du secondaire étaient supérieures à celles que l'on demandait pour entrer à l'université. Nous avons en outre découvert que quand l'Université Memorial a ouvert son   cole d'infirmières, des étudiants de 2   année n'avaient pas encore vu un malade. Ils arrivaient à l'hôpital sans avoir aucune idée de ce qui les attendait. Il y en a un certain nombre qui ont renoncé à ce moment-là parce

because they had only been exposed to theory rather than the practice of nursing. Some of the things they were asked to do were ordinary.

When I left to come to this place, the group was embarking on yet another mission — that of the nurse practitioner. I wonder if I will live long enough to see the nurse practitioner fulfil the role for which she has been trained and intended.

I like your comments concerning the barriers to the utilization of the nurse practitioner. I saw the evidence of the integration of the three nursing schools, the collaborative program, and how well our people worked together to bring that about.

Nevertheless, volume 5 states that there are 40 per cent fewer new graduates in Newfoundland than there were in the early 1990s. We all know the stories about Texas. The number of seats has been reduced from 273 to 180. Still, today's nurse has to have the ultimate in training. Along the road, we entered the era of technology, and so we do things differently now. A nurse has to be on the cutting edge to provide the best care that people expect to receive.

I have one other item for Ms Kay to ponder — the role of the practical nurse in community health care. More home care is being done. For example, four days after heart surgery, a patient may be sent home. Two weeks ago, my daughter gave birth to her first baby, in Halifax, and 40 hours later she was at home. In my day, women stayed in the hospital for seven days. I told my daughter that a public health nurse would visit her soon after she arrived home. The public health nurses were wonderful.

I invite your comments.

Ms Kay: In fact, I was a community visiting nurse at one time.

Certainly, I am struck by this discussion about utilizing people to their full scope of practice. That extends to what you are talking about concerning the nurse practitioner, although I will leave specific comment on that to my colleagues.

We maintain that there is a considerable barrier to our profession in the licensing of practical nurses. It is regulated in every jurisdiction, yet employers insist on regulating the profession themselves. For example, I worked in a practice setting in an acute care hospital where I was not permitted to work to my full scope of practice. I then worked in the community with clients who we knew were being discharged fairly early, and I did everything for them. It is a paradox that the practical nurse can function in one place to the full scope of practice and not in another place.

I should like to draw in the comments from Senator Pépin about her issue concerning the workload, which I believe to be an issue. We have a definite lack of human resources in the

qu'ils n'avaient fait jusque-là que de la théorie sans aucune pratique. On leur demandait pourtant de faire des choses assez ordinaires.

Quand je suis partie pour venir ici, le groupe se lançait dans une autre mission — celle d'infirmière praticienne. Je ne sais pas si je vivrai assez vieille pour voir les infirmières praticiennes remplir le rôle pour lequel elles ont été formées et auquel elles étaient destinées.

J'ai apprécié ce que vous avez dit quant aux obstacles au recours aux infirmières praticiennes. J'ai vu le résultat de l'intégration des trois écoles d'infirmières, le programme de collaboration et combien l'on a en effet collaboré pour réaliser cela.

Néanmoins, le volume 5 indique qu'il y a 40 p. 100 de moins de nouveaux diplômés à Terre-Neuve qu'au début des années 90. Nous avons tous entendu parler du Texas. Le nombre de places a été réduit de 273 à 180. Cela n'empêche que les infirmières d'aujourd'hui doivent suivre la meilleure formation possible. Nous sommes entrés dans l'aire de la technologie et nous faisons donc les choses différemment maintenant. Une infirmière doit être à la pointe de la technologie pour offrir les soins auxquels s'attendent les gens.

Il y a un autre point sur lequel j'aimerais que Mme Kay nous donne son avis, à savoir le rôle des infirmières auxiliaires dans les soins communautaires. On offre plus de soins à domicile. Par exemple, quatre jours après une chirurgie cardiaque, on peut renvoyer un patient chez lui. Il y a deux semaines, ma fille a donné naissance à son premier bébé à Halifax et 40 heures plus tard, elle était chez elle. Dans mon temps, les femmes restaient à l'hôpital sept jours. J'ai dit à ma fille qu'une infirmière de la santé publique viendrait la voir chez elle, peu après son retour. Ces infirmières ont été merveilleuses.

J'aimerais avoir vos commentaires.

Mme Kay: En fait, j'étais moi-même infirmière visiteuse autrefois.

C'est toute la question de l'utilisation des gens au maximum de leur potentiel. Cela revient à ce que vous dites à propos des infirmières praticiennes, mais je laisserai mes collègues vous parler de cela.

Nous maintenons qu'il y a un sérieux obstacle à notre profession dans la délivrance des diplômes d'infirmières auxiliaires. Il y a une réglementation provinciale mais les employeurs insistent pour réglementer eux-mêmes cette profession. Par exemple, j'ai travaillé à ce titre dans un hôpital de soins actifs où je n'avais pas le droit de travailler à fond dans mon champ d'activité. Je suis alors allée voir les clients que nous savions avoir été renvoyés chez eux assez tôt et je faisais tout pour eux. Le paradoxe est qu'une infirmière praticienne puisse fonctionner à un endroit dans tout son champ d'activité mais pas ailleurs.

J'aimerais revenir à ce qu'a dit le sénateur Pépin quant à la charge de travail, car je crois que c'est un problème. Il y a une vraie pénurie de ressources humaines. Dans mes fonctions actuelles, je suis absolument ahurie du nombre de coups de

workplace. In my current capacity, I am absolutely struck by the phone calls I have received about practical nurses being laid off in favour of unregulated care providers.

The pampering and touching at the bedside — the TLC — on the part of nurses amounts to more than just a backrub. To replace the professional with someone who simply gives a backrub is analogous to the example about the light bulb technician. We really underestimate the value of the assessment that nurses of all categories do when we seek to find someone else to perform those skills, such as the bed bath or the backrub.

In most jurisdictions, licensed practical nurses are in short supply. However, there are still situations such as in the province of Ontario where 1,400 registered practical nurses reported on their last registration data form that they were seeking employment in nursing.

That may be an issue of education. Perhaps there is a need to create educational opportunities. Certainly, licensed practical nursing has undergone tremendous change. There may be a need to upgrade older practitioners. I find it remarkable that there would be such a replacement.

Senator Cook: In terms of the integration of the three disciplines, how much cross-training in Canada is done across the disciplines?

Ms Kay: The licensed practical nurse, in some jurisdictions, enjoyed a common semester when there were diploma RN programs. Those programs no longer exist. There has been some new progress made, particularly in Nova Scotia, where the licensed practical nurse now receives advanced standing in the first year of university for the registered nurse program.

I am struck by what is happening in Ontario, where the program for practical nurses has expanded to a two-year diploma program. At the present time, there is no movement on the part of the universities in Ontario to recognize that diploma preparation. To enter a bachelor of science in nursing program, a practical nurse would be required, if he or she did not have OAC credits, to get six OAC credits.

Senator Cook: Thank goodness the Newfoundland people had more foresight when they created the programs. They put the appropriate practices or procedures in it.

Ms Lemire Rodger: Lifelong learning is a reality, so there is a need for proper articulation so that we can facilitate the movement of nurses as they progress, not only for licensed practical nurses and RNs, but also to the Ph.D. level. The same thing happened with the bachelor degree. The need for integration is important.

Through the innovative new programs, such as in Newfoundland, we are finding that many more young people are interesting in registering for a university nursing program. They will not face a dead end. Today, many people are interested in pursuing further education, a masters or Ph.D. level. That has made a difference to the group of people we are getting. There are

téléphone que j'ai reçus au sujet d'infirmières auxiliaires mises à pied pour être remplacées par des fournisseurs de soins de santé non réglementés.

Les soins qu'apportent les infirmières aux malades vont plus loin qu'une friction dorsale et des petits encouragements. Remplacer des professionnels par des gens qui se contentent de donner une friction dorsale n'est pas sérieux. On sous-estime en fait la valeur de l'évaluation que les infirmières de toutes catégories font lorsqu'on essaie de trouver quelqu'un pour faire ce travail, qu'il s'agisse du bain alité ou de la friction dorsale.

Dans la plupart des provinces, on manque d'infirmières auxiliaires autorisées. Il reste toutefois des situations comme en Ontario où 1 400 infirmières auxiliaires autorisées ont indiqué dans leur dernier formulaire de renseignements qu'elles cherchaient un emploi en soins infirmiers.

C'est peut-être une question d'études. Peut-être qu'il faut offrir d'autres possibilités d'études. Il est certain que les choses ont énormément changé pour les infirmières auxiliaires autorisées. Peut-être faudrait-il reclasser les auxiliaires plus anciennes. Je trouve remarquable qu'il y ait un tel remplacement.

Le sénateur Cook: Pour ce qui est de l'intégration des trois disciplines, dans quelle mesure la formation au Canada intègre-t-elle les différentes disciplines?

Mme Kay: L'infirmière auxiliaire autorisée, dans certaines provinces, a pu avoir un semestre commun s'il y avait des programmes d'infirmières diplômées. Ces programmes n'existent plus. Les choses ont un peu changé, en particulier en Nouvelle-Écosse, où les infirmières auxiliaires autorisées sont maintenant prioritaires pour la première année d'université dans le programme d'infirmières diplômées.

En Ontario, le programme d'infirmières auxiliaires est devenu un programme de deux ans, menant à un diplôme. À l'heure actuelle, les universités ontariennes ne semblent pas vouloir reconnaître cette préparation au diplôme. Pour commencer un baccalauréat ès sciences en soins infirmiers, une infirmière auxiliaire doit, si elle n'a pas les crédits du CPO, obtenir six crédits du CPO.

Le sénateur Cook: Dieu merci, on a été plus prévoyants à Terre-Neuve lorsque l'on a créé ces programmes. On y a mis les pratiques et méthodes voulues.

Mme Lemire Rodger: L'apprentissage à vie est une réalité, il est donc nécessaire de s'organiser pour faciliter le mouvement des infirmières, au fur et à mesure de leur carrière, non seulement pour les infirmières auxiliaires diplômées et les infirmières autorisées mais également, au niveau du doctorat. C'était la même chose pour le baccalauréat. Il faut absolument intégrer les choses.

Grâce à des programmes novateurs comme à Terre-Neuve, nous constatons qu'il y a beaucoup plus de jeunes qui envisagent de s'inscrire à un programme universitaire en soins infirmiers. Ce n'est plus sans issue. Aujourd'hui, il y a beaucoup de monde qui souhaite poursuivre leurs études jusqu'à une maîtrise ou un doctorat. Cela fait une différence pour les gens qui nous arrivent.

many more wanting the degree program than wanted the diploma program, with a difficult articulation even to progress to a bachelor's degree.

Where have the people gone to provide care? In our institutions, there are areas where the quality of care is very good and the staffing is adequate. We have that evidence from patient feedback. There are other areas where quality of care and staffing are not appropriate.

Today, nurses are more knowledgeable. An orthopaedic nurse will know more today than I knew 25 years ago. There is more collaboration than there was. The issue is that of workload and number.

With respect to nurse practitioners, we do not have a good utilization of the nurse practitioner. You were talking about your vision. Nurse practitioners are provided a legislative framework but very often without an infrastructure to support them. They are out in the community involved with diagnostics and treatment. They are providing nursing care. As well, they are doing some assessment and prescribing. The legislation has not caught up to the practice. It is a bit like the education of LPN movement for two years now in Ontario. The whole system is in movement.

When we look at nurses, where they do diagnostics and treatment and life and death things, the legislation does not support their diagnostic treatment. The legislation is not there. To have them covered, we must put in place a lot of props and crutches, whether it is clinical pathways, standing orders or medical directives. This is creating some difficulties.

Mr. Calnan and Ms Kay also talked about the systemic problem of legislation and finances. Finances are an issue. You know from the McMaster study that a multidisciplinary team that includes a nurse practitioner generates great savings to the Canadian health care system. Nurse practitioners are underutilized. We have an enormous amount of research from the United States and from McMaster that indicates a great saving from the use of the nurse health care practitioner.

The last issue I want to share with you is the distortion of our workforce.

In the 1990s, when the cutbacks came, most of the employers made a push to remove full-time positions for nurses by abolishing the positions altogether or by creating part-time positions. Currently, 50 per cent of the nurses are full-time and 50 per cent are part-time or casual.

Some of the best-practice guidelines indicate that 70 per cent full-time and 30 per cent part-time would give assurances of more continuity of patient care and stability of the workforce. Newfoundland is at 80 per cent full-time, but it is the only province with those numbers.

People believed that creating all these part-time positions would save money. It has destabilized the health care system. As well, the poor working conditions and the cumulative workload

Il y en a beaucoup plus qui souhaitent le diplôme universitaire que le diplôme d'infirmier, même s'il est encore difficile de s'organiser pour parvenir au baccalauréat.

Où sont passés les gens censés offrir les soins? Dans nos établissements, il y a des secteurs où la qualité des soins est excellente et la dotation en personnel bonne. C'est ce que nous disent les patients. Il y a d'autres secteurs où la qualité des soins et la dotation en personnel sont insuffisantes.

Aujourd'hui, les infirmières en connaissent plus. Une infirmière orthopédique en connaît plus aujourd'hui que je n'en connaissais il y a 25 ans. Il y a plus de collaboration qu'autrefois. Toutefois, il y a un problème de charge de travail et de nombre.

Pour ce qui est des infirmières praticiennes, nous ne les utilisons pas bien. Vous parlez de votre vision. Les infirmières praticiennes bénéficient d'un cadre législatif mais très souvent sans l'infrastructure nécessaire. Elles se retrouvent au milieu de la population à faire des diagnostics et décider de traitements. Elles assurent des soins infirmiers. Elles font également des évaluations et rédigent des ordonnances. La loi n'a pas suivi la pratique. C'est un peu comme la question du programme de deux ans maintenant en Ontario pour les infirmières auxiliaires autorisées. Tout le système évolue.

Si l'on considère les infirmières, qui font le diagnostic et le traitement et les questions de vie et de mort, la loi ne dit rien à ce sujet. Pour qu'elles soient couvertes, nous devons imaginer des tas de systèmes d'appoint, qu'il s'agisse de chemins cliniques, de règlements ou de directives médicales. Cela crée des difficultés.

M. Calnan et Mme Kay ont également parlé du problème systémique des lois et des finances. Il y a un problème financier. L'étude McMaster a révélé qu'une équipe multidisciplinaire qui inclut une infirmière praticienne permet au système de santé canadien de faire de sérieuses économies. Les infirmières praticiennes sont sous-utilisées. Il y a énormément de recherches qui viennent des États-Unis et de McMaster qui indiquent toutes les économies que l'on réalise en utilisant les infirmières praticiennes.

Le dernier point que je voulais évoquer est celui de la distorsion de notre main-d'oeuvre.

Dans les années 90, à l'époque des compressions, la majorité des employeurs ont voulu éliminer des postes à plein temps pour les infirmières en abolissant complètement les postes ou en créant des postes à temps partiel. À l'heure actuelle, 50 p. 100 des infirmières sont à plein temps et 50 p. 100 à temps partiel ou occasionnel.

Certaines des lignes directrices sur les meilleures pratiques indiquent que 70 p. 100 à plein temps et 30 p. 100 à temps partiel assureraient une meilleure continuité dans les soins aux patients et une plus grande stabilité dans la main-d'oeuvre. Terre-Neuve a 80 p. 100 de personnel à plein temps mais c'est la seule province qui ait de tels chiffres.

On a cru qu'en créant tous ces postes à temps partiel, on économiserait de l'argent. Mais cela a destabilisé le système des soins de santé. D'autre part, les mauvaises conditions de travail et

have increased illness among nurses. Nurses have the highest illness rate of all the professions in this country by far. The average absentia from illness is 6.2 days. The rate is 15.5 for a nurse. We are the unhealthiest professionals of all in Canada. The distortion of our workforce and the need for all employers to restabilize the workforce by creating full-time positions has taken a toll on us.

Let's look at the example of new graduates coming out of the system. They cannot find full-time positions. They are carrying debt and have shelter expenses, so they are forced to come in on a part-time basis. Since full-time positions are posted internally, the part-time nurses who are internal will move toward the full-time positions. That has distorted the workforce and has made it difficult for us to introduce the newcomer into the system. That is an internal system problem.

There is the external problem of numbers where you project where we are going. There is the internal distortion that is based on the workload and the status of those nurses.

Senator Cook: I know of no profession in this country that is so prone to budget cuts as the nursing profession.

Ms Lemire Rodger: That is right.

Senator Cook: In my province last year, 50 or 60 LPNs were hired. Something happened in the system, and they brought back the casuals a couple of weeks ago and laid off all the LPNs. It is inhuman what we do to the human resource that is trying to deliver a first-rate health care system.

Senator Pépin: You should see what happened in Quebec.

Senator Cook: On page 10 of your brief, Ms Kay, you list the mix of health care providers in primary health care practices. In my vision of your community health centre, whom do you see as a possible team leader?

Ms Kay: It would be self-interested to say nursing, but I do quite honestly think that nursing — and I am saying “nursing” broadly — has a capacity to perform a coordinator function. When you are talking about leadership in a community setting or centre, you certainly want someone who has the capacity to fulfil a leadership role.

I am not certain that limiting it to nursing is appropriate. It is the aspect of coordination that needs to be examined when someone is seeking a leadership role in a community setting.

Senator Cook: From an underutilized perspective, would this not be a natural place for the nurse practitioner?

Ms Kay: It certainly points to that when I read the information on that role. I certainly see the licensed practical nurse as a natural support to that role.

la charge cumulative ont provoqué une augmentation de la maladie chez les infirmières. C'est dans ce secteur qu'il y a le taux de maladie le plus élevé au pays. L'absentéisme moyen dû à la maladie est de 6,2 jours. Pour les infirmières, le taux passe à 15,5. Nous sommes la profession qui a la plus mauvaise santé au Canada. La distorsion dans nos rangs et l'instabilité due à l'élimination des postes à plein temps par nos employeurs nous ont fait beaucoup de mal.

Prenons l'exemple des nouveaux diplômés. Ils ne peuvent trouver de poste à plein temps. Ils sont endettés et doivent se loger si bien qu'ils sont obligés d'accepter un poste à temps partiel. Comme les postes à plein temps sont affichés à l'interne, les infirmières à temps partiel qui sont à l'interne vont occuper ces postes à plein temps. Cela a créé une distorsion et fait qu'il nous est difficile de faire entrer de nouveaux venus dans le système. C'est un problème interne.

Il y a le problème externe des projections que l'on fait. Il y a la distorsion interne qui vient de la charge de travail et du statut de ces infirmières.

Le sénateur Cook: Je ne connais pas d'autre profession au pays autant victime de compressions budgétaires que celle-ci.

Mme Lemire Rodger: Vous avez raison.

Le sénateur Cook: Dans ma province, l'année dernière, on a embauché 50 ou 60 infirmières auxiliaires autorisées. Il s'est produit quelque chose dans le système et on a fait revenir les employés occasionnels il y a une quinzaine de jours et mis à pied toutes les infirmières auxiliaires autorisées. C'est inhumain d'infliger ce genre de chose à ces gens qui essaient de nous assurer un système de soins de première qualité.

Le sénateur Pépin: Vous devriez voir ce qui s'est produit au Québec.

Le sénateur Cook: À la page 10 de votre mémoire, madame Kay, vous énumérez tous les fournisseurs de soins de santé dans les services de soins primaires. Dans ma vision de votre centre de santé communautaire, qui voyez-vous comme chef d'équipe possible?

Mme Kay: On peut m'accuser de préjugé en disant les services infirmiers mais, très honnêtement, je crois que les services infirmiers — et je le vois au sens large du terme — peuvent assurer le rôle de coordination nécessaire. Quand on parle de direction dans un cadre ou centre communautaire, il faut certainement quelqu'un qui est en mesure de diriger.

Je ne suis pas certaine qu'il faille limiter cela aux soins infirmiers. Ce qui est très important lorsque l'on envisage la direction d'une entité communautaire, c'est la coordination.

Le sénateur Cook: Sachant qu'elles sont sous-utilisées, est-ce que ce ne serait pas la place naturelle de l'infirmière praticienne?

Mme Kay: En effet, je pense que l'infirmière praticienne serait particulièrement bien adaptée à ce rôle.

I wish to return to what you had said about the role of the practical nurse in community health care to reinforce that more. There is a vibrant role for the practical nurse in community health care, but it has had varying levels of uptake across the country. Although there is evidence to support that role, it has not been a role that has been put forward in Quebec. There was a study in Quebec in one particular region that did demonstrate that practical nursing could play a significant role in community health care.

Likewise in British Columbia, it has for a long time been an expectation that there be education around the community nursing role in the basic program for practical nurses. Practical nurses often do not fill a nursing function in the community at all in British Columbia. They fill a personal support worker or health care aid type of function. When you are looking at the role of the practical nurse in the community, there are places to look a little harder.

I am on my way to Newfoundland this weekend, so I will be able to visit firsthand. When you talk about the system there, it is important to point out that nursing education should have multiple exits. One could begin as a licensed practical nurse and choose to leave the educational stream at that point.

Newfoundland and Manitoba are the only two provinces that actually support the idea of advanced practice for practical nursing in their standards of practice through their regulatory body. Although many may think that a natural career path for the licensed practical nurse is to become a registered nurse, that is not necessarily the case. In fact, many of them choose to go on and acquire expertise in certain areas. There are some examples in Newfoundland and Manitoba of recognizing that through the regulatory body. There is a role for an advanced practice nurse.

[Translation]

Senator Pépin: Our committee has suggested that the government provide special assistance to students, especially for tuition fees, by completely abolishing tuition fees. Do you agree with that recommendation?

[English]

Ms Lemire Rodger: There is no doubt that abolishing tuition fees would be an additional incentive to get students. On the other hand, we are refusing thousands of students entry to schools because there is not enough funding for the seats. We are not preparing to replenish the aging workforce in nursing. I would say in light of where you should put your money and priority, you need to go by the seats first because we are refusing students by the thousands.

[Translation]

Senator Pépin: Last week, a witness talked about costs and salaries in his presentation. We were told that nurse practitioners worked 40 hours a week, compared with some 90 hours a week

J'aimerais toutefois revenir à ce que vous avez dit quant au rôle des infirmières auxiliaires dans le contexte des soins communautaires. Celles-ci ont en effet un rôle très important à jouer, mais cela n'a pas été reconnu de la même façon partout au pays. Bien qu'on ait des preuves de l'importance de ce rôle, il n'est pas vraiment mis de l'avant au Québec. Une étude a pourtant démontré dans une région particulière du Québec que les soins infirmiers auxiliaires peuvent jouer un rôle important dans le contexte des soins communautaires.

De même, en Colombie-Britannique, on s'attend depuis longtemps à ce que l'on parle du rôle des soins infirmiers communautaires dans le programme élémentaire offert aux infirmières auxiliaires. Les infirmières auxiliaires très souvent ne se font pas confier de fonctions d'infirmière en Colombie-Britannique. Elles sont préposées au service de soutien à la personne ou aide-soignant. Je pense qu'on pourrait leur donner d'autres rôles au sein de la collectivité.

Je serai à Terre-Neuve cette fin de semaine et je vais pouvoir constater les choses moi-même. Quand on parle du système là-bas, il est important de signaler que les études de soins infirmiers devraient offrir différents débouchés. On pourrait commencer comme infirmière auxiliaire autorisée et choisir d'arrêter à ce moment-là les études.

Terre-Neuve et le Manitoba sont les deux seules provinces qui appuient réellement l'idée d'un niveau avancé pour les infirmières auxiliaires dans les normes d'exercice de la profession. Bien que beaucoup puissent penser que le cheminement de carrière naturel d'une infirmière auxiliaire soit de finir infirmière diplômée, ce n'est pas nécessairement le cas. En fait, beaucoup choisissent de continuer et d'acquérir une certaine expertise dans certains domaines. Il y a des exemples à Terre-Neuve et au Manitoba où cela est reconnu par l'organisme de réglementation. Il y a un rôle pour les infirmières auxiliaires à un niveau avancé.

[Français]

Le sénateur Pépin: Notre comité a suggéré que le gouvernement fournisse une aide particulière aux étudiants, surtout lorsqu'il s'agit de frais de scolarité, c'est-à-dire qu'on abolisse complètement les frais de scolarité. Êtes-vous d'accord avec cette recommandation?

[Traduction]

Mme Lemire Rodger: Il ne fait aucun doute qu'abolir les frais de scolarité faciliterait les choses pour les étudiants. Par contre, nous refusons des milliers d'étudiants, faute de fonds. Nous ne nous préparons pas à la relève dans les services de soins infirmiers. Quant à vos priorités et investissements, je dirais que vous devriez considérer d'abord le nombre de places offertes dans les écoles parce que nous refusons des étudiants par milliers.

[Français]

Le sénateur Pépin: La semaine dernière un témoin, lors de sa présentation a parlé des coûts et des salaires. On nous a dit que les infirmières praticiennes travaillaient 40 heures comparativement à un médecin de médecine générale qui travaillait, peut-être,

for a general practitioner. We were given salary figures. I do not want to make any comparisons. Could you tell me if it is true that nurse practitioners work only 40 hours a week?

[English]

Ms Kay: I think it is nurse practitioners that you are speaking about.

Ms Lemire Rodger: It would be interesting to do a study to see how many hours nurse practitioners work. In this day and age, I know very few registered nurses, advanced practice nurses, nurse practitioners or nurse managers who are working 40 hours. Although they are on salary and they have contracts — for either 36.25 or 40 hours — in the delivery of nursing care there is no one who works those kinds of hours. Theoretically, we can do numbers of hours and write out how much that means, but the reality is not like that.

Furthermore, as you know, for those who are paid on a fee-for-service basis, there is an incentive to work as many hours as possible. Would someone work 90 hours or 100 hours to provide services? It is possible. I certainly do that, and I am paid on salary. I have no choice; that is part of the demand of the position.

I do not think there is data on this at all. I think this is theoretical, based on the number of contracts. I have yet to see a contract carried out like that in this health care system today.

[Translation]

Senator Pépin: When Ms MacDonald-Rencz appeared before our committee last May, she referred to 11 recommendations from a federal-provincial-territorial document on a strategy for nursing care. Where are you with these recommendations? What has happened in that area?

Ms Lemire Rodger: One of the first recommendations was to create a nursing advisory committee, for a one-year period, specifically mandated to advise health ministers on what they should do with respect to nursing care. The committee has a one-year mandate. I mentioned earlier that the advisory committee had submitted its report to a subcommittee and it was accepted by the deputy minister on June 10 by the Health Minister in September.

Moreover, some of the recommendations deal with the territories and provinces. Each province set up a parallel advisory committee to find ways to improve the image of nursing. This work is currently underway. At the national level, you will receive this report. It is a unanimous report by representatives of government, employers, unions, associations of nurses, practical nurses, psychiatric nurses and registered nurses, as well as academics. The report was unanimously endorsed.

90 heures. On nous a informé des salaires. Je ne veux pas faire de comparaison. Puis-je savoir s'il est vrai qu'une infirmière praticienne ne travaille que 40 heures par semaine?

[Traduction]

Mme Kay: Je pense que vous parlez là des infirmières praticiennes.

Mme Lemire Rodger: Il serait intéressant de faire une étude pour voir combien d'heures travaillent les infirmières praticiennes. À notre époque, je connais très peu d'infirmières diplômées, d'infirmières exerçant à un niveau avancé, d'infirmières praticiennes ou d'infirmières gestionnaires qui travaillent 40 heures. Bien qu'elles aient un salaire et un contrat, pour 36,25 ou 40 heures, dans les soins infirmiers, personne ne travaille ce genre d'heures. Théoriquement, nous pouvons faire des heures et indiquer ce que cela représente mais la réalité est différente.

En outre, comme vous le savez, ceux qui sont rémunérés à l'acte sont incités à travailler autant d'heures que possible. Est-ce que quelqu'un travaillerait 90 ou 100 heures pour assurer les services? C'est possible. Je le fais et je suis salariée. Je n'ai pas le choix; cela fait partie du poste.

Je ne pense pas qu'il y ait de données à ce sujet du tout. C'est théorique, calculé sur un certain nombre de contrats. Je n'ai encore jamais vu de contrat exécuté ainsi dans le système de santé actuel.

[Français]

Le sénateur Pépin: Lors de sa présentation devant notre comité, au mois de mai l'an dernier, Mme MacDonald-Rencz a fait allusion à 11 recommandations qui figurent dans un document sur la stratégie en matière de soins infirmiers, émis par les gouvernements fédéral, et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Où en êtes-vous rendu avec ces recommandations? Qu'est-ce qui se produit dans ce domaine?

Mme Lemire Rodger: L'une des premières recommandation était de former, pour un an, un comité aviseur en soins infirmiers qui avait un mandat spécifique, soit aviser les ministres de la santé concernant ce qu'ils devraient faire dans le domaine des soins infirmiers. Le mandat a une durée d'un an. J'ai mentionné plus tôt que le comité aviseur a remis à un sous-comité son rapport qui a été accepté par le sous-ministre, le 10 juin, et en septembre par le ministre de la Santé.

De plus, certaines recommandations touchent les territoires et les provinces. Il y a eu une formation de comité aviseur parallèle à notre comité national dans chacune des provinces pour voir comment ils peuvent faire certaines choses, tel qu'améliorer l'image de l'infirmière. Ce travail est en cours présentement. Sur le plan national, vous recevrez ce rapport. C'est un rapport unanime de la part de représentants de gouvernement, de représentants d'employeurs, de représentants de syndicats, de représentants d'associations d'infirmières et des infirmières auxiliaires, les infirmières en psychiatrie et les infirmières autorisées et aussi des gens du monde académique. Ce rapport est entériné de façon unanime.

[English]

Senator Cordy: I was particularly interested in the WHO principles you provided us. I found them to be most helpful, in particular, the intersectoral cooperation principle. We all know that you cannot look at health care without looking at the things that affect health care. Of course, I refer to housing, social status, education and a wide variety of things that you have made mention of here.

In Canada, are there any intersectoral cooperation programs? It seems like a wonderful plan, in theory. I am wondering if it is working at all.

Ms Kay: In our brief, there is the example of the Manitoba Health's Primary Care Reform Branch. It is a pictorial model that describes, I believe, what you are talking about in terms of intersectoral cooperation and how health services is but one piece of a larger primary health care system pie. This dates back to 1997. There has likely been progress since then, but there are models that exist that quite graphically demonstrate what you are talking about.

Senator Cordy: What are the practicalities of how it would work? Would the different groups get together once a month, or would they be contacted on a need-to basis? How would it be put into practice?

Ms Kay: This particular model is called Neighbourhood Resource Networks. It is founded on a principle of coordination and integration but not necessarily co-location. It is not necessary for there to be a red brick building where everyone works in cubicles; what is necessary is central coordination and then ways of accessing resources throughout the community and throughout the larger system. Justice and housing are two types of resources that can be accessed from one central coordinating area.

In terms of how they meet and talk with each other, I do not have that level of detail. Certainly, this is an area where the use of technology could benefit and allow for integration and ease of communication between what could be geographically disparate groups.

Ms Lemire Rodger: We have a few other examples of that. When we did the review of the move toward primary health care in Canada by community nurses, we documented some of those examples. There is an example in Newfoundland where policemen, transport people, educators, parents and the health providers get together around a health issue and develop a program and an approach to it. There are several models, but they always stay marginal. They never make it to the mainstream system because we have not accepted the full view of primary health care. We see that as a little project.

What happens is that when the funding runs out, so does the project. Projects are short-lived. Until they are mainstream, you will never have the full benefit of that.

[Traduction]

Le sénateur Cordy: J'ai été particulièrement intéressée par les principes de l'OMS que vous nous avez fournis. J'ai trouvé cela très utile, en particulier pour ce qui est de la coopération intersectorielle. Nous savons tous que l'on ne peut considérer la santé sans considérer ce qui touche à la santé. Je pense au logement, à la situation sociale, à l'instruction et à tout un éventail de choses que vous avez mentionnées.

Au Canada, a-t-on des programmes de coopération intersectorielle? Cela semble en théorie magnifique. Je me demande si cela fonctionne.

Mme Kay: Nous indiquons dans notre mémoire l'exemple de la Manitoba Health's Primary Care Reform Branch. C'est un modèle qui décrit, je crois, ce que vous entendez par coopération intersectorielle et comment les services de santé doivent être considérés dans un contexte de santé beaucoup plus large. Cela remonte à 1997. On a probablement progressé depuis mais il y a des modèles qui démontrent tout à fait graphiquement ce dont vous parlez.

Le sénateur Cordy: Comment cela fonctionne-t-il? Est-ce que les différents groupes se réunissent une fois par mois ou sont-ils contactés selon les besoins? Comment cela peut-il fonctionner dans la pratique?

Mme Kay: Ce modèle particulier s'appelle Centres locaux de ressources et de soins médicaux. Il est fondé sur un principe de coordination et d'intégration mais pas nécessairement de regroupement des services. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait un bâtiment de brique rouge dans lequel tout le monde travaille; ce qui est nécessaire, c'est une coordination centrale et des moyens d'avoir accès aux ressources qui existent localement et dans le système en général. La justice et le logement sont deux types de ressources auxquelles on peut avoir accès du même centre de coordination.

Quant à la façon dont ils se voient et sont en contact entre eux, je ne le sais pas. Il est certain que c'est un domaine où l'utilisation de la technologie peut être très utile et permettre une plus grande intégration et de meilleures communications entre des groupes géographiquement séparés.

Mme Lemire Rodger: Nous avons quelques autres exemples semblables. Lorsque nous avons étudié les soins de santé primaires et les soins infirmiers communautaires du Canada, nous avons donné quelques exemples. Il y a un exemple à Terre-Neuve où les policiers, les responsables des transports, les éducateurs, les parents et les prestataires de soins de santé se réunissent pour parler d'une question de santé et élaborer un programme et la façon de l'offrir. Il y a plusieurs modèles mais cela reste marginal. Ça ne se généralise jamais parce que nous n'avons pas accepté la pleine dimension des soins de santé primaires. Nous considérons cela comme un petit projet.

Ce qui se produit, c'est que lorsque l'on manque de fonds, le projet disparaît. Les projets ne durent pas. Tant qu'ils ne seront pas passés dans la norme, on ne pourra jamais en voir tous les avantages.

Mr. Calnan will give us some examples of that. In the last two and a half years, some sectors of government have been looking at an intersectoral approach. One of the difficulties is the stovepipe approach to governments, both federal and provincial, in looking at housing in one pot, et cetera. I was a resource person for a national conference on intersectoral collaboration. It had all of the sectors looking at possible projects to try to minimize governmental barriers to funding. There are some barriers in the system because the vision is not accepted. It is marginal, which does not help to propel it.

Mr. Calnan: One that has been ongoing in Victoria is the James Bay Community Project. It started out as a group practice of physicians on salary with a nurse practitioner. It has since expanded to include social workers and financial advisors. The community policing office is now within that same facility. It has been operating for about 25 years. It has worked within in that community. There is a drop-in centre for seniors and resources available for people. That is one model.

There is a facility in Edmonton, the Northeast Project, which we spoke about in our brief. There is also a new centre developing in Calgary, the Crowfoot Clinic, which is mainly based with nurses and physicians. That project was looking at expanding. There is also a centre in Saskatchewan where nurses, social workers and physicians are working together with the community of Meadow Lake.

Senator Cordy: Ms Rodger spoke about peripheral groups, and I have seen that in Nova Scotia. For example, Phoenix House is a non-profit organization that deals with homeless youth. Homelessness is an issue in itself. It is similar to health. I am not sure if "interdependent" is the correct word, but certainly the ramifications of other factors come into play.

[Translation]

Senator Pépin: With respect to health-care teams and street nurses, I understood that there was a team like that in Ottawa. Are there such teams in other Canadian cities?

[English]

Mr. Calnan: I believe that is what Dr. Rodger is saying. We do have pockets and projects, but that is still marginalized and has not become the norm. Montreal, Toronto and other major cities have two or three projects, but to date they are not the norm.

Senator Cook: You have all spoken to concerns that are rattling around in my head.

I wish to return to the National Forum on Health's recommendations. Approximately \$150 million was put into a number of pilot projects, both provincial and federal.

How can we ever move from taking that which has been proven to be evidence-based and good into the mainstream? It seems we are paralyzed by change. What is the barrier? Is it just funding? What is it? We spend inordinate amounts of money

M. Calnan va nous en donner quelques exemples. Depuis deux ans et demi, certains secteurs du gouvernement examinent une approche intersectorielle. Une des difficultés vient du cloisonnement dans l'administration, que ce soit au niveau fédéral ou provincial. J'étais une des personnes ressources à une conférence nationale sur la collaboration intersectorielle. Tous les secteurs examinaient des projets possibles pour réduire au minimum les obstacles administratifs au financement. Il y a certains obstacles qui viennent du fait que la vision n'a pas été acceptée. Tant que cela reste marginal, il est difficile de le développer.

M. Calnan: À Victoria, il y a le James Bay Community Project. Cela a commencé par un groupe de médecins salariés avec une infirmière praticienne. Cela a été développé pour inclure des travailleurs sociaux et des conseillers financiers. Le bureau de la police communautaire se trouve maintenant dans le même bâtiment. Cela fonctionne depuis environ 25 ans. Cela marche bien dans cette localité. Il y a un centre d'accueil pour les aînés et différentes ressources sont offertes. C'est un modèle.

Il y a un service à Edmonton, le Northeast Project, dont nous avons parlé dans notre mémoire. Il y a encore un nouveau centre à Calgary, la Crowfoot Clinic, essentiellement des infirmières et des médecins. C'est un projet que l'on voulait développer. Il y a encore un centre en Saskatchewan où des infirmières, des travailleurs sociaux et des médecins travaillent avec la localité de Meadow Lake.

Le sénateur Cordy: Mme Rodger a parlé des groupes périphériques et j'ai vu cela en Nouvelle-Écosse. Par exemple, Phoenix House est une organisation à but non lucratif de jeunes itinérants. L'itinérance est un problème en soi. C'est comme la santé. Je ne sais pas si l'on peut parler d'«interdépendance», mais il y a certainement des ramifications d'autres facteurs.

[Français]

Le sénateur Pépin: En ce qui a trait aux équipes de santé et aux infirmières de rue, j'ai cru comprendre qu'il y avait une équipe semblable à Ottawa. Des telles équipes existent-elles dans d'autres villes canadiennes?

[Traduction]

M. Calnan: Je crois que c'est ce que dit Mme Rodger. Nous avons des exemples et des projets, mais cela reste marginal plutôt que la norme. Montréal, Toronto et d'autres grandes villes ont deux ou trois projets mais, jusqu'ici, ce n'est pas la norme.

Le sénateur Cook: Vous avez tous parlé de préoccupations qui retiennent mon attention.

Je voudrais revenir aux recommandations du Forum national sur la santé. On a investi environ 150 millions de dollars dans un certain nombre de projets pilotes, au plan provincial et fédéral.

Que pouvons-nous faire pour généraliser les approches qui s'avèrent bien fondées? Nous semblons être paralysés par le changement. Où est la pierre d'achoppement? Est-ce seulement un manque de financement? Quel est le problème? On dépense des sommes énormes pour acquérir ces connaissances fondées sur des

acquiring this evidence-based information that is good, but we do not move that information into the mainstream. We seem paralyzed in our ability to change the system.

Ms Lemire Rodger: Until we have a clear vision coming from the federal level of health care — and I do not mean in isolation of the provincial level — there must be an articulation of a vision. The Senate committee and the Romanow commission are good ways of doing that.

We suggest that primary health care is a good way to go because Canada signed onto that in 1978. We have made some strides. At some point, we need that articulated vision and we need to start rolling in the funds on that vision with a tracer. I call that a “lollipop solution.” You satisfy this concern because they think it is a good idea and you appease the issue.

Frankly, Canada has almost.

Look, for example, at the statements in the reports of the national, territorial and provincial governments of the early 1990s: “Seven years to put your house in order”; “no extra billing.” At the end of the 1990s, all the provinces had royal commissions, all of which recommended the same things. Most of the recommendations were for primary health care principles, although the expression “primary health care” was not there.

Where did it all go? We tried to address this issue in the 1980s. The best thing we could do was to push an amendment to the Canada Health Act, section 6(a), to open the door of the Canada Health Act to ensure that nurses could be directly accessed as well as other health professionals, not just physicians.

We tried to obtain an amendment to extended health care so that the five principles would apply. We did not achieve that. We were against extra billing user fees, et cetera. Honourable senators know the story. We thought that would open the window for reform.

In the 1990s, we did our best to influence the process. When we saw the reports, we thought that the rhetoric was right. We were positioned to think that finally, after signing off on this matter in 1978, we would turn the corner.

In the 1990s, we ended up with less of the same. What we had were cutbacks. Everything was marginalized and we did not reform the mainstream.

We now believe we have one shot at this until 2010. The direction will come from the national vision. Using processes, policies, procedures and funding with the attached strings is the way to redirect this big ship. That will not bring us more money, but rather a better utilization, increased capacity and a redirection in the health care system.

preuves, mais on ne met pas en pratique ces connaissances à l'échelle du système. C'est comme si nous sommes paralysés dans notre capacité de réformer le système.

Mme Lemire Rodger: Jusqu'à ce que nous ayons une vision claire du gouvernement fédéral en ce qui concerne les soins de santé — et par cela je ne veux pas dire en excluant les provinces — il faut articuler une vision. Le comité du Sénat et la commission Romanow conviennent très bien à cette fin.

À notre avis, les soins primaires constituent une bonne approche parce que le Canada a pris un engagement à cet égard en 1978. Nous avons fait des progrès. À un moment donné, il faut articuler cette vision et investir des fonds considérables dans cette vision, tout en prévoyant un mécanisme de suivi. J'appelle cela une sucette. Vous trouvez une solution qui répond au problème, puisqu'on trouve que c'est une bonne approche.

Pour parler franchement, le Canada a presque...

Songez, par exemple, à ce que disaient les trois paliers de gouvernement au début des années 90: «On a sept ans pour redresser les finances»; «pas de surfacturation». À la fin des années 90, toutes les provinces ont eu leur commission royale, et elles ont toutes fait les mêmes recommandations. La plupart d'entre elles mettaient de l'avant les principes de soins primaires, même si on ne les appelait pas ainsi.

Qu'en est-il résulté? Nous avons tâché d'aborder la question dans les années 80. Le mieux que nous ayons pu faire, ça a été de réclamer une modification à l'alinéa 6a) de la Loi canadienne sur la santé, afin de permettre aux patients d'avoir un accès direct aux infirmières et aux autres professionnels de la santé, et pas seulement aux médecins.

Nous avons réclamé une modification pour élargir les soins de santé, afin de mettre en pratique les cinq principes. Nous n'avons pas réussi. Nous avons lutté contre la surfacturation, le ticket modérateur, et cetera. Les sénateurs savent ce qui s'est passé. Il nous semblait que la situation ouvrirait la porte à la réforme du système.

Au cours des années 90, nous avons tout fait pour influencer le processus. Nous avons été rassurés par ce que nous avons vu dans les rapports. Nous avons osé penser qu'enfin, des années après l'engagement initial de 1978, le Canada allait prendre ce virage.

Dans les années 90, nous avons perdu du terrain. On a réduit les budgets. Tout a été marginalisé, et le système n'a pas été réformé.

Nous croyons que d'ici 2010, il y aura une seule occasion de le faire. La vision nationale indiquera le cap à suivre. Afin de faire prendre le virage à ce gros navire, il faudra des processus, des politiques, des procédures et du financement assorti de conditions. Cette approche n'aboutira pas à des ressources financières accrues, mais plutôt à une meilleure utilisation, une plus grande capacité et à une réorientation du système de soins de santé.

Nurses have not advocated for more money in the health care system. Nurses have always advocated for better utilization of the money that is there, to reinvest in that system and to turn it in direction we need to go.

There is another chance here. I hope you will be able to help us.

Ms Kay: When you get down to business and you actually want to move forward, which we all do, we need to have a summary or an idea of the key findings of all of these projects that are underway.

When you speak about the 141 projects funded under the Health Transition Fund, I am not certain that people know what the key findings or best things were that came out of all those different projects. We need to summarize that.

When we are faced with a practice issue in clinical practice where there are different ways of doing things, we sit down and compare those different ways of doing things and look at the evidence and the research and develop a best-practice guideline. We are talking about a best-practice guideline. Let us look at the best evidence, get the key findings and then say, based on the strength of evidence, that such and such is the best way to go at this time.

The Chairman: On that score, one of our witnesses referred to pilot projects as a Canadian disease, in the sense that we do pilot projects but they never lead anywhere.

I wish to thank all three of you. You certainly had the committee's attention. I appreciate the fact that you were willing to stay with us to answer all of our questions.

The committee adjourned.

Les infirmières n'ont pas demandé qu'on investisse davantage dans le système. Elles ont toujours préconisé une utilisation plus efficace des budgets existants, des réinvestissements dans le système et une réorientation du système.

Cette possibilité de réforme se présente maintenant. J'espère que vous allez pouvoir nous aider.

Mme Kay: Quand on se penche sur les aspects pratiques pour vraiment aller de l'avant, ce que nous souhaitons tous, il faut disposer d'une synthèse ou d'une idée des constatations principales de tous les projets en cours.

Quand vous parlez des 141 projets subventionnés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé, je ne suis pas convaincue qu'on sache quelles sont les meilleures idées ou conclusions à retenir de tous ces projets. Il faut faire la synthèse de tout cela.

Dans la pratique clinique, s'il existe différentes approches dans une situation donnée, nous analysons les diverses approches, les données cliniques et les recherches, et nous élaborons une ligne directrice sur la meilleure pratique à suivre. On parle d'une ligne directrice sur la meilleure pratique à suivre. Nous analysons les preuves cliniques les plus fiables, faisons ressortir les constatations clés et, sur ces bases, décidons de la meilleure marche à suivre dans l'état des choses.

Le président: À cet égard, un témoin a parlé des projets-pilotes comme étant une maladie canadienne, c'est-à-dire que nous faisons des projets-pilotes mais ils ne mènent jamais nulle part.

Je voudrais vous remercier tous les trois. Vous avez certainement retenu l'attention du comité. Je vous remercie d'être restés pour répondre à toutes nos questions.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Communication Canada – Publishing
Ottawa, Ontario K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Communication Canada – Édition
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

WITNESSES:

From the Canadian Nurses Association:

Ms Ginette Lemire Rodger, President;
Mr. Robert Calnan, President-Elect.

From the Canadian Practical Nurses Association:

Ms Kelly Kay, Representative.

TÉMOINS:

De l'Association des infirmières et infirmiers du Canada:

Mme Ginette Lemire Rodger, présidente;
M. Robert Calnan, président élu.

De l'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada:

Mme Kelly Kay, représentante.

CA1
YC26
-S51



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

Première session de la
trente-septième législature, 2001-2002

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Wednesday, June 12, 2002

Le mercredi 12 juin 2002

Issue No. 62

Fascicule n° 62

Fifty-ninth meeting on:
The state of the health care system in Canada

Cinquante-neuvième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESS:
(See back cover)

TÉMOIN:
(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Keon
* Carstairs, P.C.	* Lynch-Staunton
(or Robichaud, P.C.)	(or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Keon
* Carstairs, c.p.	* Lynch-Staunton
(ou Robichaud, c.p.)	(ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, June 12, 2002
(73)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in room 160-S, Centre Block, at 3:52 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Keon, Kirby, Morin, Pépin, Robertson and Roche (10).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

Also in attendance: From the office of Senator Cordy: James MacNeil, from the office of Senator Kirby: Jeff MacLeod, from the office of Senator Pépin: Momar Diagne, from the office of Senator Roche: Todd Martin, from the office of Senator Callbeck: Mary Moore, from the office of Senator Fairbairn: Megan Cain, from the office of Senator Robertson: Ross McKean and staff from the Page Programme, Interpretation Services and the Senate Messengers.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the Committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 2.*)

WITNESSES:

C.D. Howe Institute:

Mr. Jack Mintz, President and CEO.

The Chair made a statement.

Mr. Mintz made a statement and answered questions.

At 5:20 p.m. the committee continued in camera.

The committee considered a draft outline of the Volume Six of its reports on the health care study.

At 5:50 p.m. the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 12 juin 2002
(73)

[Traduction]

Le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 52, dans la pièce 160-S de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateur Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, Morin, Pépin, Robertson et Roche (10).

Également présents: Odette Madore et Howard Chodos, attachés de recherche, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents: Du bureau du sénateur Cordy, James MacNeil; du bureau du sénateur Kirby, Jeff MacLeod; du bureau du sénateur Pépin, Momar Diagne; du bureau du sénateur Roche, Todd Martin; du bureau du sénateur Callbeck, Mary Moore; du bureau du sénateur Fairbairn, Megan Cain; du bureau du sénateur Robertson, Ross McKean; ainsi que le personnel du Programme des pages, des Services d'interprétation et les messagers du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1er mars 2001, le Comité poursuit son examen spécial de l'état du système de soins de santé au Canada. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi se trouve dans le fascicule n° 2 des délibérations du comité.*)

TÉMOIN:

De l'Institut C.D. Howe:

M. Jack Mintz, président-directeur général

Le président fait une déclaration.

M. Mintz fait un exposé, puis répond aux questions.

À 17 h 20, le comité poursuit à huis clos.

Le comité examine une ébauche des grandes lignes du sixième volume de son rapport sur les soins de santé.

À 17 h 50, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, June 12, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3:52 p.m. to examine the state of the health care system in Canada

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Our witness today is Mr. Jack Mintz. Three or four weeks ago Mr. Mintz and some of his colleagues released a paper that actually adopted the model that this committee had put forward for discussion in what some of us had called the "Tom Kent" model. We called it that because it went all the way back to the original proposal for medicare. I realize that the original model did not have the numbers that Mr. Mintz's model has. In addition, Mr. Mintz recently chaired a weekend seminar with a group of people on the issue of additional alternatives for funding health care. Today, he will speak to his specific proposal and the broader context.

Mr. Mintz, please proceed.

Mr. Jack Mintz, President and CEO, C.D. Howe Institute: It is a pleasure to come before the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. This is actually my first visit to this particular committee.

Senator Kirby has done a fine job of introducing the work of the C.D. Howe Institute. We have published five papers over the past eighteen months and I am sure some of them are familiar to you. The first paper was by Mr. William B.P. Robson on demographic impacts that will affect the cost of health care over time. In this paper, the numbers are consistent with work done by the Organization for Economic Cooperation and Development, OECD, for Canada. The figures in both areas agree in terms of the overall impacts.

We have also published two papers recently that you may have seen: One looks at whether the Canada Health Act violates section 7 of the Charter of Rights and Freedoms; and the other paper, which was written by Mr. Shay Aba, Mr. Wolfe D. Goodman and me, looks at a tax-based co-payment system for health care. It does not include health care benefits as part of taxable income. That is where it differs from Tom Kent's proposal. I will briefly explain it later.

As an economist, I will begin with three assumptions, some of which this committee might agree with. The first one is that I believe — and I am speaking on my behalf and not the C.D. Howe Institute — there is a problem of sustainability with respect to health care costs. In his paper on demographic impacts, Mr. Robson has estimated the un-funded liability associated with health care. If people put money into a fund now that earned a 6 per cent return over the years, how much money would someone have to set aside to pay for costs in the

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 12 juin 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 52 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Notre témoin aujourd'hui est M. Jack Mintz. Il y a trois ou quatre semaines, M. Mintz et quelques-uns de ses collègues ont publié un document qui se basait en fait sur le modèle que notre comité a proposé et que certains d'entre nous appellent le modèle «Tom Kent». Nous l'avons appelé ainsi parce qu'il remonte à la proposition initiale de l'assurance-santé. Bien sûr, le modèle initial ne comprenait pas les chiffres que présente le modèle de M. Mintz. De plus, M. Mintz a récemment présidé un colloque de fin de semaine destiné à discuter de différentes autres possibilités de financement des soins de santé. Aujourd'hui, il nous parlera de sa proposition ainsi que du contexte général.

Monsieur Mintz, la parole est à vous.

M. Jack Mintz, président-directeur général, Institut C.D. Howe: C'est un plaisir de prendre la parole devant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. C'est en fait la première fois que je me présente devant votre comité.

Le sénateur Kirby a fort bien présenté le travail de l'Institut C.D. Howe. Au cours des dix-huit derniers mois, nous avons publié cinq documents dont je suis sûr que vous avez vu quelques-uns. Le premier, œuvre de M. William B. P. Robson, traite des facteurs démographiques qui se répercuteront avec le temps sur le coût des soins de santé. Les chiffres présentés dans ce document concordent avec les travaux de l'Organisation de coopération et de développement économiques concernant le Canada. Les chiffres relatifs aux effets globaux concordent.

Nous avons aussi publié récemment deux documents que vous avez peut-être vus. Le premier tente de déterminer si la Loi canadienne sur la santé viole l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés. Le second, rédigé par M. Shay Aba, M. Wolfe D. Goodman et moi-même, examine un système de participation aux coûts des soins de santé fondé sur la déclaration de revenus, dans lequel les prestations pour soins de santé ne seraient pas incluses dans le revenu imposable. C'est sur ce point qu'il diffère de la proposition de Tom Kent. Je donnerai quelques brèves explications à ce sujet un peu plus tard.

À titre d'économiste, je poserai d'abord trois hypothèses, sur lesquelles le comité sera peut-être d'accord. La première — je parle en mon nom personnel et non en celui de l'Institut C.D. Howe — est qu'il y a un problème de viabilité dans le domaine des coûts des soins de santé. Dans son document sur les incidences démographiques, M. Robson a estimé le passif non capitalisé associé aux soins de santé. Si les gens plaçaient de l'argent dans un fonds rapportant 6 p. 100, combien devraient-il

future? He estimated that un-funded liability to be in the order of \$600 billion to \$800 billion, or roughly 55 per cent to 75 per cent of GDP.

When you think about it, that is roughly the same as a current national debt. It is the same as the current debt associated with the Canada Pension Plan, even after the changes we have had up to this time. In Canada, when you put all of this information together, it would seem that we are facing a debt of about \$2 trillion that we are leaving to future generations.

Costs, estimated by Mr. Robson and the OECD, will rise to at least 10 per cent by the year 2040 from the current 6.5 per cent. When I say this, I mean the public share of health care costs and not the private share. Mr. Robson also estimated the impact of health care costs as part of provincial budgets. This committee is aware that those health care costs will absorb well over one-half of the provincial budgets by the year 2040. In fact, it will be in the area of 60 per cent to 65 per cent, depending on the province.

There is a problem of sustainability. When you look at the overall debt that we are leaving to future generations, it becomes apparent that we have a problem. Health care constitutes one-third of that problem in terms of the burden that we will leave to the future.

My second assumption is that even if we entertain ideas, whether privatization or de-listing of services, which is effectively privatization of the health care system, governments will need more revenues because of the rising public share of health care costs over time. Therefore, we must think carefully about how we want to fund the public provision of health care. What is the appropriate way of financing that? This is an important question that Canadians should be asking themselves, because that will be an increasing burden for Canadians as a whole.

Third, and this is not an assumption but really a summary of economic literature, general revenues are not necessarily the optimal source of financing for health care. I base this on three arguments.

First, when you apply insurance principles, as recent economic literature has done, and once you recognize that individuals and providers of health care can influence the health care costs incurred under an insurance system, it is appropriate to have some form of co-payment system, deductibles or bonuses for those who try to save money for the system. In other words, putting incentives in our payment system would not be wrong, and, therefore, one would actually improve the efficiency of funding health care as a whole.

Second, from the point of view of tax policy principles of efficiency and fairness, there is an important argument made in the literature that, at times, one would like to use the benefit

en accumuler pour payer les soins à l'avenir? M. Robson a estimé que le passif non capitalisé était de l'ordre de 600 à 800 milliards de dollars, soit en gros 55 à 75 p. 100 du PIB.

Si vous y pensez, cela représente approximativement le montant actuel de la dette nationale. C'est à peu près la même chose que la dette actuellement associée au Régime de pensions du Canada, même après les changements que nous y avons apportés jusqu'ici. Au Canada, si nous regroupons tous ces renseignements, nous arrivons à la conclusion que le Canada laisse une dette d'environ 2 billions de dollars aux générations suivantes.

Les coûts estimés par M. Robson et l'OCDE monteront d'au moins 10 p. 100 par an d'ici 2040, par rapport aux 6,5 p. 100 actuels. Je parle ici de la part publique des coûts des soins de santé et non de la part privée. M. Robson a également calculé l'incidence de ces coûts sur les budgets provinciaux. Les membres du comité savent que ces coûts dépasseront sensiblement la moitié des budgets provinciaux d'ici 2040. La proportion sera en fait de l'ordre de 60 à 65 p. 100, selon la province.

Il y a donc un problème de viabilité. Quand on pense à la dette globale que nous laissons aux générations futures, il est évident que nous avons un problème. Les soins de santé constituent un tiers de ce problème pour ce qui est du fardeau que nous laissons à ceux qui nous suivront.

Ma deuxième hypothèse est la suivante: même si nous examinons différentes idées, qu'il s'agisse de privatisation ou de suppression de certains services actuellement assurés — qui revient à une privatisation de fait du système —, les gouvernements auront besoin de recettes supplémentaires parce que la part publique du coût des soins de santé augmente avec le temps. Par conséquent, nous devons réfléchir soigneusement aux moyens de financer la prestation publique des soins. Quels sont les moyens adéquats de financement? Voilà une importante question que les Canadiens devraient se poser, parce qu'il y aura un fardeau de plus en plus lourd que tous les Canadiens devront assumer.

Troisièmement — ce n'est pas vraiment là une hypothèse, mais plutôt un résumé de la littérature économique —, les recettes générales de l'État ne constituent pas nécessairement la source optimale de financement des soins de santé. Je fonde cette affirmation sur trois facteurs.

Premièrement, lorsqu'on applique les principes de l'assurance, comme la littérature économique le fait depuis un certain temps, et qu'on admet que les particuliers et les fournisseurs de soins peuvent influencer les coûts assumés par un régime d'assurance, on se rend compte qu'il y a lieu d'établir une forme ou une autre de système de quote-part, de franchise ou de boni pour ceux qui permettent au régime de réaliser des économies. En d'autres termes, il serait bon d'inclure des mesures incitatives dans notre système, de façon à améliorer l'efficacité d'ensemble du financement des soins.

Deuxièmement, du point de vue des principes d'efficacité et d'équité de la politique fiscale, la littérature présente un important argument: il serait avantageux que les gens qui profitent du

principle for taxation, at least in part, because people who benefit from the program should, perhaps, contribute more to the cost of that program than others. This is, one could argue, not only good in terms of efficiency but in fairness as well, because if one person has greater use of public services perhaps that person should contribute more to the cost of those services than others with similar resources who do not use the services.

The third issue is one which we now address more in today's climate, and that has to do with the demographic changes to which I referred earlier. When you look at the current revenues that governments raise in Canada, a significant part of those are payroll taxes and income taxes, and they tend to hit the workers more when compared to the elderly. In fact, the OECD has estimated that, as the population ages, the tax/GDP ratio in Canada will fall by 1.5 points. This is because elderly people, once they retire, tend to have lower incomes and, therefore, pay less tax than workers. There may be some taxes that would be better if you were going to fund health care expenditures, because the majority of health care expenditures are weighted heavily toward the elderly in the last years of their lives. Therefore, as the population ages and the benefits paid out to the elderly increase, if you have taxes that are particularly falling on working Canadians they will have to bear a bigger responsibility for those benefits. Thus, there may be some taxes that are smoother over the life cycle of individuals. That would mean less burden would be imposed on the working population as we get more health care expenditures associated with the elderly.

When you put those three things together, let me raise some issues for you in your discussions about the funding of health care, and these will be drawn by some of the work we are doing as well as some of my own particular perspectives.

If we do have this rise in costs for public health care, the question one might raise is: Should there be a dedicated tax or a greater reliance on certain taxes to fund the greater burden associated with health care expenditures that we can expect over time? There are four candidates for particular consideration.

First, one can consider health care premiums, which I will call "flat-based premiums." These are a certain amount paid by either an individual or a family, regardless of income and independent of usage of the system. This, of course, is the kind of health care premium you see in Alberta and British Columbia, although there is a reduction in the health care premium for very low-income individuals in the two provinces.

Second, payroll taxes can be used to fund health care. This is what is found in the European countries, as well as in the United States with social security taxes.

Third, one could increase income taxes in general.

Fourth, consumption taxes could be raised. In the case of Canada, it would be the GST at the federal level or provincial retail sales taxes, which are general broad-based sales taxes in Canada.

système contribuent un peu plus que les autres aux coûts. Cela serait bon non seulement sur le plan de l'efficacité, mais aussi sur celui de l'équité, parce qu'une personne qui utilise davantage des services publics devrait contribuer plus aux coûts de ces services que d'autres utilisateurs qui ont les mêmes ressources et qui y recourent moins.

Le troisième argument, que nous abordons plus souvent dans l'environnement actuel, réside dans les changements démographiques que j'ai mentionnés plus tôt. Au Canada, les recettes gouvernementales se composent pour une grande part des charges sociales et de l'impôt sur le revenu, qui ont tendance à toucher les travailleurs plus fortement que les personnes âgées. En fait, l'OCDE a estimé qu'avec le vieillissement de la population, le ratio impôts/PIB du Canada baissera de 1,5 point. C'est parce qu'une fois à la retraite, les personnes âgées tendent à gagner un revenu moindre et, par conséquent, à payer moins d'impôts que les travailleurs. Il y a peut-être de meilleures sources de financement des soins de santé parce que la majorité des dépenses qui y sont consacrées sont attribuables aux dernières années de vie des personnes âgées. Par conséquent, à mesure que la population vieillit et que les prestations versées à l'égard des aînés augmentent, les impôts frappant les travailleurs devront augmenter aussi pour financer ces prestations. Il devait donc y avoir des formes d'imposition qui s'appliquent d'une façon plus progressive pendant la vie des contribuables. Autrement dit, on imposerait un fardeau moins lourd aux travailleurs en associant davantage aux personnes âgées les dépenses consacrées aux soins de santé.

Il faut donc tenir compte de ces trois facteurs réunis. Permettez-moi maintenant d'évoquer certaines questions que vous abordez dans vos discussions sur le financement des soins de santé. Je m'appuierai sur des travaux de l'Institut C.D. Howe ainsi que sur le fruit de ma propre réflexion.

Face à la hausse du coût de l'assurance-santé, on peut se poser la question suivante: faudrait-il créer un impôt spécial ou compter sur des impôts particuliers pour financer la hausse des coûts attendus à l'avenir? Il y a quatre options à considérer à cet égard.

Premièrement, on peut envisager des primes d'assurance-santé, que j'appellerai «primes uniformes». Il s'agit d'un certain montant individuel ou familial qui serait versé indépendamment du revenu et de l'usage fait du système de santé. C'est le genre de primes qui existe en Alberta et en Colombie-Britannique, quoique le montant soit réduit dans les deux provinces pour les personnes à très faible revenu.

Deuxièmement, on peut financer le système sur les charges sociales. C'est ce que font les pays européens. Ce serait également l'équivalent des taxes de sécurité sociale des États-Unis.

Troisièmement, on peut majorer d'une façon générale l'impôt sur le revenu.

Quatrièmement, on peut augmenter les taxes à la consommation. Dans le cas du Canada, il s'agirait de la TPS au niveau fédéral et des taxes de vente au niveau provincial.

Which one of these sources might be better from the point of view of the three issues raised with respect to efficiency, equity and demographic issues? Health care premiums would dominate in terms of efficiency, and demographic effects, because they would be paid by the whole population at similar amounts, regardless of age. Whether a person works or not they would still have to pay the amount. This would be the least distortionary of the types of taxes that could be levied, and the one most conducive to the demographic issues we will face down the road.

At the same time, in terms of equity, flat-based premiums do tend to hit low-income Canadians the hardest, although there could be some income relief possible to ameliorate that problem. However, we need to remember that middle-income Canadians would have to pay the same amount of health care premium as rich ones, regardless of their source of income.

A second source would be consumption taxes. These are interesting to look at because consumption taxes have been found to have lower distortionary costs to the economy and they tend to be more efficiently imposed. They are smoother than, for example, income taxes over the life cycle of individuals because working income tends to peak during working lives before falling off in retirement years. At the same time, consumption tends to be lower than income during the years in which people are accumulating savings, and consumption tends to be high in retirement years relative to income as that is when people are drawing down assets to consume during their retirement years. Consumption taxes also tend to be proportional to the consumption of individuals over a life cycle. One could make it progressive by having a tax credit, such as the GST tax credits which provides relief, particularly for lower income Canadians.

A third source would be payroll taxes. These taxes tend to be a little less efficient than consumption taxes in their application. They do tend to create more distortions in the economy, as most of the studies show. The biggest problem with payroll taxes is that they tend to hit workers harder than retired individuals, and that will mean that the working population would have to bear a bigger burden of funding health care costs as compared to a consumption tax or a health care premium. One could also make payroll taxes progressive by allowing them to vary over payroll if one chose to do that.

The fourth source would be increasing income tax. Income taxes tend to have the highest efficiency costs associated with them out of all these cases. That is because taxes on savings and investment tend to have high inefficiency costs associated with them and tend to drag down the economy more. Income taxes are more progressive. In terms of demographic effects, they would tend to hit the working population harder, although it would not be as serious as with the payroll tax. However, it would have some undesirable demographic features associated with it when comparing it with consumption taxes or healthcare premiums.

Laquelle de ces sources serait la plus avantageuse du point de vue de l'efficacité, de l'équité et des considérations démographiques? Les primes dominent en fonction de l'efficacité et des facteurs démographiques parce que toute la population paierait des montants semblables, indépendamment de l'âge et de la situation de l'emploi. Cette forme d'imposition entraînerait le moins de distorsions et tiendrait le plus compte des effets démographiques attendus à l'avenir.

En même temps, des primes uniformes constitueraient la forme d'imposition la moins équitable parce qu'elles se répercuteraient le plus durement sur les contribuables à faible revenu, même s'il est possible de leur accorder certains allègements fiscaux pour remédier au problème. N'oublions pas cependant que les Canadiens à revenu moyen auraient à payer pour l'assurance-santé le même montant que les Canadiens riches, peu importe leur source de revenu.

Examinons maintenant les taxes à la consommation. Elles représentent une source intéressante parce qu'il est établi qu'elles n'ont pas trop d'effets de distorsion sur l'économie et qu'elles tendent à être imposées d'une façon assez efficace. Elles s'appliquent d'une façon plus progressive que l'impôt sur le revenu, par exemple, pendant le cycle de vie parce que le revenu tend à atteindre son maximum pendant la vie active, puis à diminuer progressivement après la retraite. En même temps, la consommation est généralement moindre que le revenu dans les années où les gens économisent, tandis qu'elle augmente par rapport au revenu à la retraite, lorsque les gens puisent dans leur actif pour vivre. Les taxes à la consommation tendent également à être proportionnelles à la consommation des individus pendant leur cycle de vie. On pourrait les rendre progressives au moyen d'un crédit d'impôt semblable au crédit pour TPS qui assure un certain allègement fiscal aux Canadiens à faible revenu.

Les charges sociales constituent la troisième source à considérer. Elles sont un peu moins efficaces, dans leur application, que les taxes à la consommation et tendent, d'après la plupart des études, à créer plus de distorsions dans l'économie. Le principal problème des charges sociales est qu'elles frappent les travailleurs plus durement que les retraités, ce qui signifie que la population active assumerait un fardeau plus lourd pour le financement des soins de santé que ce ne serait le cas si le financement provenait des taxes à la consommation ou de primes d'assurance-santé. Il serait également possible de rendre les charges sociales progressives en permettant qu'elles varient avec le salaire.

La quatrième source de financement consisterait à majorer l'impôt sur le revenu. Par rapport aux trois autres options, celle-ci est la moins efficace. C'est parce que l'impôt sur l'épargne et les placements tend à avoir des coûts d'efficacité élevés qui ont des effets négatifs sur l'économie. Par contre, l'impôt sur le revenu est plus progressif que les autres formes d'imposition. Au chapitre des effets démographiques, il a tendance à se répercuter plus durement sur la population active, quoique moins que les charges sociales. Il a toutefois des caractéristiques démographiques négatives par rapport aux taxes à la consommation et aux primes d'assurance-santé.

In terms of choosing different approaches, I side more to the consideration of health care premiums and consumption taxes as ways of trying to deal with funding extra costs in the health-care system as opposed to relying on payroll taxes and income taxes, which currently make up a much larger portion of general revenue. There is some argument for looking at dedicated revenues in this sense.

A second issue is one raised by my colleague Bill Robson of the C.D. Howe Institute, which is whether we should consider pre-funding health care costs in the future, as we do with the Canada Pension Plan. As we see in a number of other countries such as the United States, there are some specific social security taxes that also go to the funding of health care.

This is a difficult sell, because when one talks about the idea of trying to pre-fund health care today, that is taking into account the future costs of tomorrow. In today's world, where we are worried about funding the current system, it is something to start asking governments to increase not only the resources that are going into the current system but also to ask people to put money aside for future costs.

On the other hand, this is a significant issue. To give you an illustration with the Canada Pension Plan, prior to the reforms of 1997, it was noted that if nothing was done taking into account demographic effects, contribution rates in Canada would have to rise to 15 per cent by the year 2030 or 2040. We came to an agreement in 1997, between the federal and provincial governments, to increase the amount of payroll action taxes to be paid today and to increase the funding available to the Canada Pension Plan. Other important changes were made in that reform to allow for smoothing contribution rates to 9.9 per cent over the next 40 years.

We have the same problem with health care costs. If we do not pre-funding at this time, future generations will have to cough up the money to pay for the costs of health care down the road. There is an argument for pre-funding. That is something that we must think about today, whether it is individuals pre-funding for themselves or governments pre-funding the public share of health care costs.

A third issue is whether any of these sources of taxes that are being considered should be done at the federal or at the provincial levels. Here is an interesting question because most of the expenditures are being done at the provincial level. We know there is the Canada Health and Social Transfer that the federal government makes to the provinces, which funds health care and previously social services and education post-secondary education costs.

I have thought that the provinces should be the ones that need to look at new sources of revenue to cover these burgeoning health care costs. However, there are some contexts in which the federal government might have a role in helping with the funding of costs. My colleague, Mr. Robson, has suggested the introduction of a transfer to the provinces that would be based on age. His idea was, for example, that the federal government

Pour ce qui est du choix à faire entre les différentes approches, je favorise plutôt les primes d'assurance-santé et les taxes à la consommation comme moyens de financement de la hausse des coûts des soins de santé, par rapport aux charges sociales et à l'impôt sur le revenu, qui constituent actuellement une plus grande proportion des recettes générales. En ce sens, il y a des arguments en faveur des recettes spécialement affectées.

Mon collègue Bill Robson, de l'Institut C.D. Howe, a par ailleurs soulevé la question de savoir s'il y a lieu d'envisager un financement anticipé des coûts des soins de santé à l'avenir, comme nous le faisons dans le cas du Régime de pensions du Canada. D'autres pays, comme les États-Unis, ont des taxes spéciales de sécurité sociale qui servent également au financement du système de santé.

C'est une idée qu'il est difficile de faire accepter, parce que nous parlons ici de financement anticipé, c'est-à-dire de la possibilité de tenir compte aujourd'hui des coûts de demain. Dans le monde actuel, tandis que nous nous inquiétons du financement du système existant, il faut de l'audace pour demander aux gouvernements d'accroître les ressources non seulement pour financer les coûts présents, mais aussi pour constituer des réserves destinées à financer les coûts futurs.

C'est par ailleurs une question importante. Je vais vous donner un exemple. Dans le cas du Régime de pensions du Canada, avant les réformes de 1997, on avait noté qu'en l'absence de mesures destinées à prendre en considération les effets démographiques, il aurait fallu majorer les taux de contribution de 15 p. 100 d'ici 2030 ou 2040. Le gouvernement fédéral s'est entendu avec les provinces en 1997 pour augmenter les charges sociales afin d'accroître le financement du Régime de pensions du Canada. D'autres changements importants ont été adoptés, dans le cadre de la réforme, pour permettre une hausse progressive des taux de contribution à 9,9 p. 100 sur les 40 années suivantes.

Nous avons le même problème dans le cas des coûts des soins de santé. Sans financement anticipé maintenant, les générations futures auront à payer beaucoup plus à l'avenir. Il y a donc des arguments en faveur du financement anticipé. Nous devons y penser aujourd'hui, que ce soit au niveau individuel ou au niveau des gouvernements, pour le financement de la part publique des soins de santé.

La troisième question à considérer est celle de savoir si ces sources de financement doivent être appliquées au niveau fédéral ou provincial. La question est intéressante parce que la plupart des dépenses sont faites par les provinces. Nous savons qu'il existe un Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, que le gouvernement fédéral verse aux provinces pour financer les soins de santé et auparavant les services sociaux et l'éducation postsecondaire.

Je pensais que les provinces devraient se mettre à la recherche de nouvelles sources de financement pour assumer les coûts croissant des soins de santé. Toutefois, il y a des domaines dans lesquels le gouvernement fédéral pourrait avoir un rôle à jouer dans le financement. Mon collègue, M. Robson, a proposé la création d'un transfert aux provinces qui serait fondé sur l'âge. Conformément à son idée, par exemple, le gouvernement fédéral

would give \$3,000 per person to the provinces for every person who is over 65 years of age. In a recent paper that he has done — and, it has not been published yet — he asked the question “What would be the contribution rate that you would have to make today in order to fund this particular age-related transfer to help fund health care costs in the future as the population ages?” He estimated that today, you would have to add, on average, 1.2 per cent of the personal income tax base to everyone’s personal tax to fund this amount in the future, or increase the GST rate from 7 per cent to 9.6 per cent in order to fund this particular grant that would be given by governments to provinces. That is an interesting idea, and one that should be put into the hopper as ideas to consider in terms of funding health care.

The fourth issue that I will talk about are incentive-based health care financing methods. These are ones that the C.D. Howe Institute has particularly explored. We have published the two papers already mentioned by Senator Kirby and myself and we will have another paper along these lines coming out in the fall.

The incentive-based health care financing idea really takes up the idea of having some user-pay related charge for health care that would be a substitute for general revenues or for personal income tax revenues as a way of funding health care. The idea is that people would actually have to get a report from provincial health authorities on the value of the services that they receive. This is not an easy project. Provinces do not do this now. To make the system work, you would have to develop a pricing model and undertake the kind of work required to price exact services that are provided by hospitals and physicians — something that is not available in the current system.

I would argue that is a huge benefit because it would allow for more measures of costs and benefits associated with different health care procedures. Currently, people are largely in the dark about them because they cannot make those kinds of cost evaluations.

Second, if you have a charge that is faced by users, it engages the public generally in the whole question of pricing of health care services and understanding what the value of services they receive from governments for the services that are provided to them. That, in itself, will lead to a political calculus in terms of how people will regard the cost of health care services over time, especially if they have to pay at least part of those costs that are incurred on their behalf.

There are two particular proposals on my two-page sheet here. One proposal that I have from Mr. Aba and Mr. Goodman is that every time individuals go to a doctor or to a hospital, they would receive a chit in which they would be told how much the value of the services were. The provincial health authorities or the doctors in the hospitals would then report to the provincial health authorities the actual costs that they incurred on behalf of particular individuals. That would go into a database and a T4H form would be sent to individuals in terms of health care that they received.

paierait aux provinces 3 000 \$ pour chaque personne de plus de 65 ans. Dans un récent document qu’il a rédigé, mais qui n’est pas encore publié, M. Robson pose la question suivante: «Quel est le taux de contribution qu’il faudrait établir aujourd’hui pour financer ce transfert fondé sur l’âge destiné à financer les soins de santé à l’avenir à mesure que la population vieillit?» Il estime qu’il faudrait, pour le faire aujourd’hui, ajouter en moyenne 1,2 p. 100 au taux d’imposition du revenu de tous les contribuables, ou alors majorer le taux de la TPS de 7 à 9,6 p. 100, afin de financer ce transfert que le gouvernement fédéral verserait aux provinces. L’idée est intéressante, et devrait faire partie de l’ensemble des idées à considérer dans l’étude du financement des soins de santé.

La quatrième question dont je veux parler porte sur les mesures incitatives à inclure dans le système de financement. Il s’agit de celles que l’Institut C.D. Howe a étudiées en particulier. Nous avons publié les deux documents mentionnés par le sénateur Kirby et moi-même, et nous en ferons paraître un autre sur le même sujet cet automne.

L’intégration de mesures incitatives revient en fait à faire payer aux utilisateurs certain frais qui se substitueraient aux recettes générales ou à l’impôt sur le revenu des particuliers comme moyens de financer le système de santé. L’idée consiste pour les autorités provinciales de la santé à envoyer à chacun un relevé indiquant la valeur des services qu’il a reçus. Ce n’est pas là un projet facile à réaliser. Les provinces ne le font pas actuellement. Pour mettre en œuvre une telle initiative, il faudrait élaborer un modèle de détermination des prix et estimer la valeur exacte des services dispensés par les hôpitaux et les médecins, ce qui n’existe pas dans le système actuel.

À mon avis, ce serait un énorme avantage parce qu’une telle initiative permettrait de prendre d’autres mesures relatives aux coûts et à la valeur des différentes interventions médicales. À l’heure actuelle, les gens ne savent pas grand-chose de ces mesures parce qu’il est impossible de faire les estimations de coûts nécessaires.

Ensuite, si les utilisateurs ont des frais à payer, le public s’intéressera beaucoup plus, d’une façon générale, à toute la question du prix des services de santé et de la valeur des services dispensés. Cela en soi entraînera une évolution de la façon dont les gens envisagent le coût des soins de santé, surtout s’ils ont à en payer une part.

Deux propositions particulières figurent sur ce document de deux pages. D’après la première, conçue par M. Aba et M. Goodman, les gens recevraient, chaque fois qu’ils vont chez un médecin ou à l’hôpital, un relevé indiquant la valeur des services reçus. De leur côté, les médecins et les hôpitaux déclareraient aux autorités provinciales de la santé les coûts réels engagés pour les personnes en cause. Tout cela irait dans une base de données qui permettrait d’envoyer à chacun un formulaire T4H donnant la valeur totale des services de santé reçus dans l’année.

This is a basic model, but we looked at different versions. People would pay a 40 per cent charge on the health care services and would be then subject to a income limitation so that you do not hit too hard people who have extraordinary costs in the year. That one that we particularly modelled would be an income limitation of 3 per cent of income in excess of \$10,000. In other words, if you have \$10,000 worth of health care expenditures on behalf of yourself in a particular year, you would then pay \$4,000, which would be 40 per cent of the costs. However, if your income is \$110,000, 3 per cent of that would be \$3,300. Therefore, you would pay only \$3,300 and not \$4,000 for your health care costs because the income limitation would kick in. If you were a poor individual — that is, someone with less than \$10,000 in income — you would pay nothing as a charge.

This system would raise close to \$7 billion in revenue, based on numbers that we were able to get based on expenditures, and so on. This \$7 billion could be used to reduce personal income tax rates at the provincial level as a way of substituting a user-pay related charge rather than having general revenues to be used for it. There would also be some utilization savings, close to \$6 billion, based on economic studies that we used. That would allow governments more capacity to provide health care services, as there would be some savings in utilization costs.

The other proposal is by Poschmann and Reuber. They looked at having a tax credit of \$1,000, instead of a straight tax. If no health benefits are received during the year, the full amount of the tax credit can be applied against personal income tax. If health benefits are received during the year — and they had about a 20 per cent charge on health care services — that amount would be applied against the \$1,000 tax credit. Thus, there would be a lower tax credit and, therefore, a lower reduction in personal income tax.

The difference between this approach and our approach is that ours would raise money while theirs would cost money because it is a credit and there would never be a negative tax credit. However, they expect their system would pay for itself because of the reduction in health care utilization costs and therefore there would be no net loss to the government. I do not think that departments of finance will necessarily base their budgetary decisions on potential savings in utilization costs because those are always difficult to predict, until you see what actually happens in the system.

Those are some ideas and issues. I hope that is helpful information for you, honourable senators, in terms of the issues you are discussing.

The Chairman: I thank you for preparing the comparisons of the alternative options for funding and for having Professor Monahan, Associate Dean, University of Toronto Law School, and Mr. Stanley Hartt write the paper on whether there is a right to health care. This committee put that idea forward in a fourth report — whether it is just and reasonable in a free and demographic society for a government to both ration the supply of an essential service and deny the right to buy it in a timely

C'est le modèle de base, dont nous avons examiné quelques variantes. Les gens pourraient par exemple verser une quote-part de 40 p. 100 qui serait plafonnée selon le revenu, de façon à ne pas toucher trop durement ceux qui ont des frais très élevés dans une année donnée. Nous avons examiné en particulier un modèle comportant une limite de 3 p. 100 du revenu au-delà de 10 000 \$. En d'autres termes, si vous avez consommé des services de santé d'une valeur de 10 000 \$ dans une année, vous auriez à payer 4 000 \$. Toutefois, si votre revenu est de 110 000 \$, votre plafond serait de 3 300 \$. Vous auriez donc à payer 3 300 \$ et non 4 000 \$ comme participation à vos frais de santé. Une personne pauvre, dont le revenu serait inférieur à 10 000 \$, n'aurait rien à payer.

Ce système permettrait de recueillir des recettes de 7 milliards de dollars, sur la base des chiffres que nous avons pu obtenir concernant les dépenses, etc. Ces 7 milliards de dollars pourraient servir à réduire les taux d'imposition des particuliers au niveau provincial, ce qui permettrait de remplacer les recettes générales par des frais d'utilisation. Cela entraînerait en outre une certaine baisse de l'utilisation, qui atteindrait près de 6 milliards de dollars, d'après les études économiques que nous avons faites. Ainsi, les gouvernements disposeraient d'un peu plus de capacité pour dispenser des services de santé à cause des économies réalisées sur les coûts d'utilisation.

La seconde proposition est de Poschmann et Reuber, qui ont envisagé d'établir un crédit d'impôt de 1 000 \$ au lieu d'un impôt direct. Si aucune prestation de santé n'est reçue dans une année, la personne en cause peut utiliser le plein montant du crédit d'impôt pour réduire son impôt à payer. Si des prestations sont reçues, on en déduirait 20 p. 100 du crédit d'impôt de 1 000 \$, ce qui augmenterait l'impôt à payer.

La différence entre cette approche et la nôtre est que la nôtre rapporte de l'argent, tandis que la leur implique une dépense fiscale puisque le crédit d'impôt ne pourrait jamais être négatif. Toutefois, Poschmann et Reuber s'attendent à ce que leur système ne coûte rien en définitive parce qu'il réduirait utilisation des services de santé. Je ne crois pas que le ministère des Finances accepterait de baser ses décisions budgétaires sur des économies possibles d'utilisation, parce que de telles économies sont toujours difficiles à prédire.

C'étaient là quelques idées et quelques problèmes. J'espère, honorables sénateurs, que vous aurez trouvé ces renseignements utiles pour votre étude.

Le président: Je vous remercie pour avoir établi ces comparaisons des différentes options de financement et pour avoir obtenu de M. Monahan, vice-doyen de la faculté de droit de l'Université de Toronto, et de M. Stanley Hartt qu'ils rédigent le document répondant à la question de savoir s'il existe un droit aux soins de santé. Le comité a avancé cette idée dans son quatrième rapport, en se demandant s'il est juste et raisonnable pour un gouvernement, dans une société libre et démocratique, de

fashion. We were, to put it modestly, pilloried by many people. It is nice to know that other people are picking up an idea that we floated.

In your model, you use a 17 per cent drop in utilization rate. You say that will occur among people who do not hit the maximum. Let me make it 20 per cent for easier calculations. That means that \$1 of every \$5 spent on medical care does not get spent. That implies to me that there is a 20 per cent abuse of the system, or your utilization drop means that people who need medical care will not receive it because they will not go for it. That troubles me.

My question is: How did you derive the figure of 17 per cent? How do you respond to the concern that this could well lead to a situation in which people who need medical care do not seek it?

Mr. Mintz: First, the figure of 17 per cent is based on our review of various economic studies that have been done on the impact of pricing for various services under health care and how that might impact on the demand for health care. There have been sophisticated studies done in the economics literature. There was one survey written by Mr. Jonathan Gruber at the Massachusetts Institute of Technology on the price impacts.

The number we chose was at the low end of the estimates. For example, there was a study done in the United States to look at what happens when you start charging for ambulatory services in the United States. They looked at a city in which this occurred and they found that utilization of ambulatory services went down by 50 per cent as a result of pricing — going from something that was absolutely free to a fee-for-service system. I understand that in Alberta, they already charge for ambulatory services.

The Chairman: They do in many provinces, such as Ontario.

Mr. Mintz: I have not used an ambulance and I was not aware of that. That is an example of something people have picked up on.

The Chairman: I agree with you that, if you put a price on something that was previously free, some people will not use it. I was curious about how you decided on the number. How do you respond to the question about people that will not use the service being the ones who actually need the service?

Mr. Mintz: First, the actual estimates can reflect the actualities. It would look at the kind of calculations that people make when deciding whether to access the services. They would be affected and, certainly, you could impact on people's decisions to utilize fewer services. Using the ambulatory services as an example, if someone knew they had to pay for it they may simply jump in a cab instead. In some cases, that may have been a good decision because they really did not need the ambulance. Perhaps they could have gone to hospital in another way.

rationner un service essentiel tout en niant aux gens le droit de l'acheter au moment où ils en ont besoin. Nous avons, semble-t-il, indigné beaucoup de gens. C'est un réconfort de constater que d'autres reprennent la même idée.

Dans votre modèle, vous supposez qu'il y aura une baisse de 17 p. 100 du taux d'utilisation. Vous dites que cela se produira chez les gens qui n'atteignent pas le maximum. Mettons 20 p. 100, pour faire un chiffre rond. Cela signifie qu'un cinquième de l'argent actuellement consacré aux soins de santé ne serait pas dépensé. Cela implique aussi qu'il existe aujourd'hui une utilisation abusive de 20 p. 100. Autrement, vos chiffres voudraient dire que des gens qui ont besoin de soins ne les recevront pas parce qu'ils ne voudront pas payer. Cela me trouble.

Ma question est la suivante: comment en êtes-vous arrivé au taux de 17 p. 100? Et qu'auriez-vous à répondre aux gens qui s'inquiètent parce que cela pourrait amener des malades qui ont besoin de services médicaux à ne pas les obtenir?

M. Mintz: D'abord, le taux de 17 p. 100 se fonde sur notre examen d'études économiques traitant des répercussions de différentes formes de financement des services de santé sur la demande de ces services. La littérature économique comprend des études très perfectionnées. Il y a, par exemple, une enquête de M. Jonathan Gruber, du Massachusetts Institute of Technology, sur les effets des prix.

Le chiffre que nous avons choisi se situe au bas de l'intervalle des estimations. Par exemple, une étude a été réalisée aux États-Unis sur ce qui se produit lorsqu'on commence à faire payer les services d'ambulance. Les auteurs ont étudié une ville particulière où l'imposition de frais pour ces services, auparavant gratuits, a entraîné une baisse de 50 p. 100 de leur utilisation. Je crois savoir que l'Alberta fait déjà payer les services d'ambulance.

Le président: Beaucoup de provinces le font, y compris l'Ontario.

M. Mintz: Je ne le savais pas. Je n'ai pas utilisé d'ambulance. C'est donc un exemple de service qui a été étudié.

Le président: Je suis d'accord avec vous que si on fait payer un service auparavant gratuit, certains cesseront de l'utiliser. J'étais curieux de savoir comment vous en étiez arrivé à ce chiffre. Maintenant, qu'avez-vous à répondre à l'argument selon lequel ce sont les gens qui ont vraiment besoin du service qui cesseront de l'utiliser?

M. Mintz: Tout d'abord, les estimations peuvent refléter la réalité. Les chercheurs examinent le genre de calculs que les gens font lorsqu'ils prennent la décision de recourir à un service. Des frais d'utilisation influent sur la décision, c'est indubitable. Pour reprendre l'exemple des services d'ambulance, si une personne sait qu'elle doit les payer, elle peut simplement décider de prendre un taxi pour aller à l'hôpital. Dans certains cas, c'est probablement la bonne décision à prendre parce que la personne n'avait pas vraiment besoin d'une ambulance et pouvait se rendre à l'hôpital autrement.

In other cases, it could present a real problem if someone decided not to pay for an ambulance when that service was truly needed. That problem will occur any time you start pricing goods. You worry about low-income individuals because they are the ones who might be less willing to make that kind of expenditure, as a result of such a system.

Our scheme, which provides income relief to low-income Canadians, would provide an opportunity of ameliorating some of the problems associated with people not undertaking health care services that they need when the price is too high. For middle-income and upper-income Canadians, the idea of paying up to 3 per cent of income for costs of health care services is not necessarily a huge burden. There could be some positive utilization impacts from this system and I am not sure that they would necessarily deny themselves something that is absolutely urgent or needed to be done simply because costs would be associated with that. The income utilization takes away much of that concern.

The Chairman: You would use 3 per cent of gross income minus \$10,000; it is not calculated after deductions; and it is not net taxable income on the income tax.

Mr. Mintz: It is calculated on the assessed income — the gross income.

The Chairman: Of the \$6.8 billion that your model saves, how much of that is federal and how much is provincial?

Mr. Mintz: It is all provincial. We assumed this would be a provincial premium levied by the provinces, so we estimated for each province. There is no federal revenue associated with that.

The Chairman: I thought you had done it in the same way as the income tax form — calculate total tax payable and then divide it?

Mr. Mintz: You would run it through the income tax.

The Chairman: I understand. You have done no calculations on the basis of a similar scheme generating money for the federal government.

Mr. Mintz: No.

The Chairman: If we give you a set of numbers, could you run that?

Mr. Mintz: One could do that. In fact, I would suspect the numbers would probably be similar. Remember that we have the same amount and the same \$10,000 exemption by province. We did not vary that by province. The federal role would be to run it through the tax collection agreements allowing the provinces to do this on a form that would be attached.

The Chairman: If the provinces did not do it, the federal government could still do it and add it to the income tax.

Dans d'autres cas, la situation pourrait être différente si une personne décide de ne pas appeler une ambulance alors qu'elle en a vraiment besoin. Ce problème se pose chaque fois qu'on commence à faire payer n'importe quoi. On s'inquiète des gens à faible revenu qui sont les plus susceptibles de chercher à éviter une dépense.

Notre plan, qui prévoit des allègements pour les Canadiens à faible revenu, réglerait une partie du problème des gens qui s'abstiendraient d'obtenir des services de santé dont ils ont besoin à cause du prix. Dans le cas des Canadiens à revenu moyen et élevé, l'idée de faire payer un maximum de 3 p. 100 du revenu pour les services de santé obtenus n'imposerait pas nécessairement un fardeau trop lourd. Il pourrait y avoir des effets positifs sur l'utilisation du système, car je ne suis pas sûr que les gens vont se priver de quelque chose d'urgent ou d'essentiel à cause du prix à payer. Les frais fondés sur le revenu répondent à beaucoup des préoccupations exprimées.

Le président: Vous préconisez 3 p. 100 du revenu brut après déduction de 10 000 \$. Ce n'est donc pas le revenu net ou le revenu imposable.

M. Mintz: C'est calculé sur le revenu imposé... le revenu brut.

Le président: Comment se répartissent les 6,8 milliards de dollars d'économies que votre modèle permet de réaliser entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux?

M. Mintz: Tout va au gouvernement provincial. Nous avons supposé que ce serait une prime ou un impôt provincial et nous avons donc fait les calculs pour chaque province. Aucune recette n'irait au gouvernement fédéral.

Le président: Je croyais que vous l'aviez fait de la même façon que sur la déclaration de revenu, c'est-à-dire en calculant l'impôt total à payer puis en le répartissant.

M. Mintz: Le calcul se fait dans le cadre du système de l'impôt sur le revenu.

Le président: Je comprends. Vous n'avez pas calculé ce qu'un système semblable pourrait rapporter au gouvernement fédéral.

M. Mintz: Non.

Le président: Pourriez-vous faire le calcul si nous vous donnions une série de chiffres comme point de départ?

M. Mintz: C'est possible. Je crois d'ailleurs que les nombres seraient probablement assez proches. En effet, nous partirions du même montant avec la même exemption de 10 000 \$. Nous n'avons pas fait de différences d'une province à l'autre. Le rôle fédéral consisterait à appliquer le système dans le cadre des accords sur la perception des impôts en permettant aux provinces de joindre un formulaire spécial à la déclaration de revenu.

Le président: Si les provinces n'adoptaient pas le système, le gouvernement fédéral pourrait le faire dans le cadre de l'impôt sur le revenu.

I listened carefully to your comments comparing the sources of potential revenue, particularly your comments on a GST add-on or a premium. What if you had a national premium that varied with income groupings in the sense that people who were paying income tax did not pay any premium, and you had a token non-linear premium at a low level that would be discreet? It would vary with income. I raise that because you like premiums and consumption taxes, and your big argument against premiums was the lack of equity because you had a uniform premium.

Could you get around the equity issue with a graded premium? That is my question, but I want to put it in this context: One of the arguments against your proposal is that it is, in a sense, a tax on the sick. You are saying it is a tax on people who use the public service, but, on the other hand, most people do not use the public service voluntarily. They have not decided to go out and use some other kind of public service such as water for their garden; this is a service that is involuntary because you are sick. There will be considerable opposition to that model.

On the other hand, the notion of buying an insurance policy to protect you in case you get sick, like automobile insurance, seems to have a greater degree of public acceptability. I wonder if you could arrive at a premium model with a variable premium depending on income to solve the issue of the tax on the sick that still meets many of your objectives?

Mr. Mintz: First, if you said let us have an insurance policy that people could contribute to as a premium, I could say if there is a deductible provision associated with that you would be back into something similar to our current system. That is a great way of selling our system because that is all it is. Like other insurance, I do not see what is special in this case.

I do want to remind you there are many public services available that have charges, and people do not have a choice. For example, transportation gasoline charges are usually related to the use of the service. Municipal services and development charges are put in to capture the costs of providing services to the population, and one could argue that is appropriate from the principle of efficiency and equity.

With respect to the health care premium, yes, you are right, you could try to base it on income. Alberta and B.C. do that, with very low-income individuals receiving a reduction on the health care premium, or not paying any health care premium at all. One could attempt to make that graduated. The more you do that, the more it becomes adding to the marginal tax rate of an individual based on income. As soon as a person's income rises, if they work more and earn more income they will pay more of a premium, that is added on to the additional taxes a person pays, and adds on to the marginal tax rate of the individual. One would compare that to having an increase in personal income tax rates.

Senator Keon: I wish to take you back to premiums, which, with the appropriate formulas, would be the fairest way of doing this. Let us go back to the evolution of the system in Ontario, for example, where we had hospital insurance premiums and PSI. I was not particularly directly involved at the time. However, I do

J'ai écouté attentivement vos observations lorsque vous avez comparé les différentes sources de financement, et particulièrement ce que vous avez dit au sujet d'une majoration de la TPS ou de l'imposition d'une prime. Que penseriez-vous d'une prime nationale qui varierait selon les tranches de revenu? Il pourrait s'agir d'une prime symbolique non linéaire d'un niveau peu élevé, qui serait distincte et varierait avec le revenu. Je le mentionne parce que vous semblez préférer les primes et les taxes à la consommation, mais que vous reprochez aux primes leur manque d'équité à cause de leur montant uniforme.

Serait-il possible de surmonter le problème de l'équité en adoptant une prime progressive? C'est la question que je vous pose, mais je voudrais la placer dans le contexte suivant: l'un des arguments avancés contre votre proposition est qu'en un certain sens, elle impose un impôt sur la maladie. Vous dites que c'est un impôt sur l'utilisation d'un service public, mais la plupart des gens ne recourent pas délibérément à ce service. Ils ne prennent pas la décision de l'utiliser comme ils prennent la décision d'arroser leur pelouse. C'est un service involontaire parce qu'on est malade. Il y aura donc beaucoup d'opposition à un modèle de ce genre.

Par ailleurs, la notion d'acheter une police d'assurance pour se prémunir contre la maladie, comme dans le cas de l'assurance automobile, serait sans doute mieux acceptée du public. Pourriez-vous établir un modèle fondé sur une prime variant avec le revenu, qui éviterait le problème de l'impôt sur la maladie tout en atteignant la plupart de vos objectifs?

M. Mintz: Si vous proposez une police d'assurance à laquelle les gens contribueraient en versant une prime, je vous dirai que si vous y ajoutez une franchise, nous revenons à un système semblable à ce que nous proposons. Ce serait un excellent moyen de le faire accepter. Il ressemblerait à n'importe quel autre régime d'assurance. Je ne vois rien de particulier dans ce cas.

Je tiens par ailleurs à vous rappeler que beaucoup de services publics sont payants même si les gens n'ont pas le choix d'y recourir ou non. Par exemple, la taxe sur l'essence est liée à l'utilisation d'un service. Les services municipaux et les taxes d'améliorations locales servent à payer les frais des services dispensés à la population. On peut affirmer que ces taxes et droits répondent aux principes de l'efficacité et de l'équité.

En ce qui concerne les primes d'assurance-santé, oui, vous avez raison, on pourrait les faire varier avec le revenu. C'est le cas en Alberta et en Colombie-Britannique, où les gens à très faible revenu bénéficient d'une réduction de la prime ou ne paient rien du tout. Il serait possible de concevoir une prime progressive. Toutefois, plus elle est progressive, plus elle revient à majorer le taux d'imposition marginal. Plus le revenu d'une personne augmente, parce qu'elle travaille ou gagne davantage, plus la prime est élevée, ce qui augmente le taux d'imposition marginal. La prime est alors assimilable à une augmentation de l'impôt sur le revenu des particuliers.

Le sénateur Keon: Je voudrais revenir à la question des primes qui, avec une formule appropriée, constitueraient le moyen le plus équitable. Examinons l'évolution du système en Ontario, par exemple, où nous avions des primes d'assurance-hospitalisation et la PSI. La question ne me touchait pas directement à l'époque. Je

recall that, as a citizen, the premiums were going up, and then they disappeared. They disappeared, I believe, because it seemed like the political thing to do. We had utopia for a few years, and now we are back to reality where the money is running out.

Would you comment on what was wrong with that, other than there were two separate systems, and was it a mistake to drop them and go to the big pot of funding to pay everything from one source? Can you recall that?

Mr. Mintz: In the case of Ontario, it was the David Peterson government that decided to move away from the Ontario premium and adopt the education and health tax, which was a payroll tax on businesses. One of the issues that had to be dealt with was that many of the premiums were actually paid, at least in part, by many businesses. You were actually switching from one type of benefit that businesses were covering for individuals as part of the Ontario health premium to a payroll tax that had to apply to them. Of course, many small businesses were exempt because the payroll tax only applied to payrolls over and above \$400,000 in total.

We switched then from a flat-based premium, that affected the whole population independent of whether people were working or not, to a payroll tax. That payroll tax still exists in Ontario.

Alberta and B.C. did not make that decision and kept their premiums. After the Mazankowski report, Alberta has adopted the policy that the Alberta health care premium will be set as a certain proportion of health care costs every year and will rise according to those costs. I think the proportion is 20 per cent.

Senator Keon: If you go back further, the physicians were not initially covered in the system, so they set up their own PSI.

Mr. Mintz: This part I do not remember.

Senator Keon: There is no point in pursuing it. I just wonder whether we are pursuing the same the same thing all over again. However, from my own perspective, premiums probably would be a reasonable approach.

Mr. Mintz: I must admit I think premiums would be particularly reasonable and good to use if we do try to bring them in on an incentive basis, which means, like any insurance policy, you bring in a notion of deductibles where a person's usage will impact on how much premium they will pay.

Senator Keon: The other thing we are all ducking is just where are we prepared to go as a percentage of GDP? We do not know what target we are shooting for.

Mr. Mintz: Both the OECD and Bill Robson's estimates at the C.D. Howe Institute suggest that the public share of health care costs will rise from 6.5 per cent of GDP to over 10 per cent by

me souviens cependant, à titre de contribuable, que les primes avaient commencé par augmenter, puis qu'elles avaient disparu, probablement parce que c'était avantageux sur le plan politique. Nous avons vécu dans l'utopie pendant quelques années, mais aujourd'hui nous devons revenir sur terre parce que nous manquons d'argent.

Pouvez-vous nous dire quels étaient les inconvénients de cette formule, à part le fait qu'elle faisait intervenir deux systèmes distincts? Était-ce une erreur d'y renoncer en faveur d'un financement global permettant de tout payer en puisant à la même source? Vous en souvenez-vous?

M. Mintz: Dans le cas de l'Ontario, le gouvernement de David Peterson avait décidé de supprimer la prime et d'adopter un impôt destiné aux services de santé et à l'enseignement faisant partie des charges sociales imposées aux entreprises. Le problème était que la prime était en fait payée, du moins en partie, par les entreprises. On passait donc d'un genre de prestation que les sociétés assumaient à une charge sociale. Bien sûr, beaucoup de petites entreprises étaient exemptées parce que l'impôt ne s'appliquait que lorsque la masse salariale dépassait 400 000 \$.

Nous sommes donc passés d'une prime uniforme touchant l'ensemble de la population et indépendante de la situation de l'emploi à une charge sociale, qui existe encore en Ontario.

L'Alberta et la Colombie-Britannique n'ont pas pris la même décision. Elles ont maintenu la prime d'assurance-santé. Après la publication du rapport Mazankowski, l'Alberta a adopté pour politique de fixer le montant de la prime de façon qu'elle rapporte chaque année une proportion fixe des dépenses des soins de santé, ce qui signifie qu'elle augmentera avec les coûts. Je crois que la proportion adoptée est de 20 p. 100.

Le sénateur Keon: Si vous remontez encore plus loin, à l'époque où les médecins ne faisaient pas encore partie du système, ils avaient établi leur propre PSI.

M. Mintz: Je ne m'en souviens pas.

Le sénateur Keon: Ce n'est pas vraiment utile d'en parler. Je me demande simplement si nous ne tournons pas en rond. Quoi qu'il en soit, à mon avis, les primes constituent probablement une approche raisonnable.

M. Mintz: Je crois que les primes sont particulièrement raisonnables et utiles si elles sont utilisées comme mesures incitatives. Comme dans le cas d'une police d'assurance, on peut envisager le principe de la franchise qui influencerait sur le montant de la prime à verser selon l'utilisation faite des services de santé.

Le sénateur Keon: Il y a une autre question que nous cherchons tous à éviter. Jusqu'où sommes-nous disposés à aller en pourcentage du PIB? Nous ne savons pas quel est l'objectif à atteindre.

M. Mintz: Tant l'OCDE que les estimations faites par Bill Robson à l'Institut C.D. Howe permettent de croire que la part publique des coûts des services de santé passera de 6,5 p. 100 à

2040. They looked at aging impacts, fertility rates, the change in demography and the fact that health care expenditures vary by class.

That gives you some estimate of how much it will rise by, but it also assumes that the numbers will vary according to whether health care costs rise faster or less than the rate of growth in the economy. The 10 per cent number is based on health care rising at the same rate of growth as the economy. On the other hand, if you look at health care costs in the past few years, they are rising at 10 per cent per year, which is much faster than growth in the economy, and that 10 per cent number can look bigger down the road.

Senator Keon: The other question is what that 10 per cent will cover. We keep skating around that.

Mr. Mintz: That is assuming we have exactly the plan that is in place now with no change. Physicians in hospitals would get fully covered. You have some sharing of drug costs and some sharing of home care and long-term care, although most of that is private.

The Chairman: I have a supplementary question. Do you think the total share of GDP spent on health care is relevant measure? I do not think so because that is not the question. The question is: What is the public share? That is why you focused on public share, right?

Mr. Mintz: Yes, because that must be tax based.

Senator Morin: I appreciated your remarks. I agree with your assumptions. The matter of pre-funding is an interesting idea, but difficult under the federal role.

Concerning the taxes, everyone addressed the issue of premiums. I will not talk about that, although it is interesting to see that the U.K. recently decided to remain with income tax. If you have a view of that, I would be interested in that view.

I would like to talk about consumption tax. An OECD paper on the tax system and options for changes for Canada stated that with respect to the cost of raising tax, for Canada the least distortionary view was a sales tax. They recommended strongly that if there were to be an increase in tax in Canada, it should be along the lines of a sales tax.

All polls have shown that Canadians are prepared to pay more in taxes as long as it is dedicated and they are sure it will go to health. Could this be applicable to a sales tax? How would that be acceptable? We feel that premiums would be acceptable because people are used to paying premiums. They pay premiums for personal insurance and for unemployment. This country has a tradition of premiums. However, with the GST, the tradition is the opposite. People do not like the GST.

plus de 10 p. 100 du PIB d'ici 2040. Ces chiffres tiennent compte du vieillissement, des taux de fécondité, des changements démographiques et des variations des dépenses de santé selon la classe.

Ces chiffres nous donnent une idée de la hausse des coûts, mais ils dépendent de la question de savoir si les coûts augmentent à un rythme supérieur ou inférieur au taux de croissance de l'économie. On atteint 10 p. 100 en supposant que les coûts croissent au même rythme que l'économie. Toutefois, en examinant les chiffres des dernières années, on constate que les coûts grimpaient à 10 p. 100 par an, ce qui est beaucoup plus rapide que la croissance de l'économie. Par conséquent, l'estimation de 10 p. 100 pourrait monter plus tard.

Le sénateur Keon: L'autre question à se poser est de savoir ce que ces 10 p. 100 couvriront. Nous n'arrêtons pas de tourner autour du pot à ce sujet.

M. Mintz: Nous avons supposé qu'il n'y aurait aucun changement à la situation actuelle. Les services des médecins et des hôpitaux seraient entièrement couverts. Nous aurions un certain partage du prix des médicaments, des soins à domicile et des soins à long terme, même si tout cela reste essentiellement privé.

Le président: J'ai une question supplémentaire à poser. Croyez-vous vraiment que le pourcentage du PIB constitue un moyen de mesure adéquat? Je ne le crois pas. La vraie question, c'est: quelle est la part publique? C'est la raison pour laquelle vous vous êtes basé sur la part publique, n'est-ce pas?

M. Mintz: Oui, parce que c'est celle qui doit être financée sur les impôts.

Le sénateur Morin: Je vous remercie de votre exposé. J'accepte vos hypothèses. La question du financement anticipé est intéressante, mais elle est difficile à réaliser au niveau fédéral.

Au sujet des impôts et taxes, tout le monde a déjà parlé des primes. Je ne les aborderai donc pas. Il est cependant intéressant de noter que le Royaume-Uni a récemment décidé de s'en tenir à l'impôt sur le revenu. Si vous avez des observations à présenter sur ce point, je serai heureux de les entendre.

J'aimerais parler des taxes à la consommation. D'après un document de l'OCDE sur le régime fiscal canadien et sur les options de changement, le recours à la taxe de vente serait pour le Canada le moyen qui occasionnerait le moins de distorsions. Le document recommandait donc fortement, si le choix se portait sur une majoration des taxes, d'appliquer l'augmentation à la taxe de vente.

Tous les sondages ont révélé que les Canadiens sont disposés à payer plus d'impôts à condition que les recettes soient consacrées à la santé et à rien d'autre. Peut-on appliquer ce principe à une taxe de vente? Comment cela serait-il acceptable? Nous avons l'impression que les gens accepteraient de payer des primes parce qu'ils sont déjà habitués à le faire. Nous versons déjà des primes pour des assurances personnelles et pour l'assurance-emploi. Cela fait presque partie de nos traditions. Toutefois, dans le cas de la TPS, la tradition va dans le sens opposé. Les gens détestent la TPS.

What do you feel would be the acceptability of Canadians toward a 2 per cent increase that you mentioned? Would that give us \$6 billion a year? Is that what you said?

Mr. Mintz: No, I did not. This was to fund it.

Senator Morin: I realize that, but the same amount would come out of it.

The Chairman: One cent of GST, minus that for low-income earners, yields around \$3.4 billion.

Senator Morin: This is a ballpark figure. This is an interesting idea.

How can we be sure it is a dedicated tax? What is your view on acceptability? I realize that it would be difficult to have co-payment on that, but it could be arranged.

Finally, I should like to address the major issue of tax-based co-payment contributions. I do not think that disease is the same thing is food or clothing or public transport. It is more in the line of disasters; it is more like fire or theft or floods. It is like having someone who has just lost his house to a fire but they have to pay for the firefighters or someone who has had a theft and they have to pay for the police.

Let us take the case of a patient with a chronic disease such as multiple sclerosis or Crohn's disease or juvenile diabetes. There are many expenses associated with that. In addition to having the financial costs of having chronic disease, you would penalize this person by having this person pay extra income tax as compared to the person next door who is healthy and living a healthy life and pays less income tax.

I do not share your view concerning the 17 per cent of incentives. For one thing, half of the costs associated with health care are during the two last years of our life. Most of this is in intensive care. You do not have that much control over expenses. I realize that it does save money, but I feel that the problem of under utilization in the health care is greater than over utilization. Last week, the Canadian Medical Association published a report containing a number of suggestions relating to the tax policy in support of health. For example, they say that the tax system should be used to encourage healthy lifestyles: health eating, exercise, smoking cessation, and so on. Another suggestion was to use tax credits to support informal caregivers and use the tax credit as a way to promote healthy behaviour and improve the system generally.

The chairman has referred to some of these objections; otherwise, I would insist on them. I would be happy to get your thoughts on the sales tax as a way of supporting this.

Comment pensez-vous que les Canadiens réagiraient à l'augmentation de 2 p. 100 de la TPS que vous avez mentionnée? Est-ce que cette augmentation rapporterait 6 milliards de dollars par an? Est-ce bien cela que vous avez dit?

M. Mintz: Non, ce n'est pas cela. Il s'agissait de financement anticipé.

Le sénateur Morin: Je le comprends, mais le même montant pourrait provenir de la TPS.

Le président: Un point de majoration de la TPS rapporterait environ 3,4 milliards de dollars, en tenant compte du crédit à verser aux travailleurs à faible revenu.

Le sénateur Morin: C'est une estimation approximative. L'idée est intéressante.

Comment est-il possible de s'assurer que le produit de la majoration ira strictement à la santé? À votre avis, quelle serait la réaction des Canadiens? Je me rends compte qu'il serait difficile d'inclure l'idée de la franchise dans une proposition de ce genre, mais il est possible de le faire.

J'aimerais enfin aborder la grande question de la quote-part à verser dans le cadre de l'impôt sur le revenu. Je ne crois pas que la maladie soit assimilable à l'achat d'aliments, de vêtements ou de services de transport. Elle serait plutôt assimilable aux catastrophes, comme un incendie, un vol ou une inondation. Votre proposition revient à demander à quelqu'un qui vient de perdre sa maison dans un incendie de payer pour les pompiers ou à quelqu'un qui vient de se faire cambrioler de contribuer aux frais de la police.

Prenons le cas d'une personne atteinte d'une maladie chronique comme la sclérose en plaques, la maladie de Crohn ou le diabète juvénile. Cette personne doit assumer beaucoup de dépenses à cause de sa maladie. Or, à part ces dépenses, vous proposez de la pénaliser en lui faisant payer plus d'impôt qu'une personne en bonne santé qui n'a pas les mêmes dépenses supplémentaires.

Je ne partage pas votre point de vue au sujet des 17 p. 100 de réduction de l'utilisation des services. D'une part, la moitié des dépenses consacrées aux soins de santé sont faites dans les deux dernières années de la vie, surtout en milieu de soins intensifs. Nous n'avons pas une grande marge de contrôle des dépenses. Je comprends qu'il est possible d'épargner de l'argent, mais j'ai l'impression que, dans notre système de santé, la sous-utilisation est plus importante que la surutilisation. La semaine dernière, l'Association médicale canadienne a publié un rapport contenant des propositions relatives aux mesures fiscales à prendre pour financer le secteur de la santé. L'Association dit par exemple que le régime fiscal devrait servir à encourager une vie plus saine sur les plans de l'alimentation, de l'exercice, du tabac, etc. Elle propose en outre de recourir à des crédits d'impôt pour aider les soignants naturels, favoriser des comportements plus sains et améliorer le système d'une façon générale.

Le président a déjà mentionné quelques-unes de ces objections; autrement, je m'y arrêterai plus longuement. J'aimerais connaître votre point de vue sur le recours à la taxe de vente comme moyen de financement.

Mr. Mintz: First, on the sales tax, one of the problems is the issue of dedicated taxes. For employment insurance, we have fully integrated part of the federal budget. It is not really a dedicated tax in the sense that the money is set aside and can be spent on unemployment benefits. If there is a surplus, it goes to the federal government to use as they wish and if there is a deficit, then the federal government needs other sources to cover that.

If you mean a dedicated tax of that type, it would be more acceptable, particularly to the federal government in adopting it. There is a concern about using particular taxes and then funding it for particular things. Many people want to do this for various taxes. If you carry this too far as a principle, you end up putting yourself in a strait jacket because you could be running a surplus on one type of use and dedicated tax and running a deficit in the other but you cannot combine them together.

The Chairman: I absolutely understand that, carried to the extreme, you could not run the system that way. On the other hand — and I feel strongly about this — if you are to persuade Canadians to pay more for health care, you must convince them that it is out of the reach of the Minister of Finance.

Senator Morin: With the disaster we had in the 1990s with all the budgets, if we had a dedicated tax at that time the government could not touch this. We would not have known that. One of the reasons is acceptability by the public and the other one is that we want stable funding. Health needs do not vary with economic cycles. We must put in place a stable revenue system that does not vary with these cycles. The Minister of Finance may not agree with this, but I think that is what Canadians want and I think they are right.

Mr. Mintz: I will raise two other quick points particularly on the GST. First, as a tax, it is a better tax compared with some other taxes that we have in the system in terms of their efficiency costs. We also must remember that the GST now is dedicated for retiring government debt. Still, the GST revenues are lower than the total amount of debt payments. We keep forgetting that.

A health care premium, in terms of the economic costs of the health care premium, would be superior to the GST. The only thing about the health care premium is that at least GST payments will rise with person's consumption. If a person is richer and consumes more, then they will pay more compared with a health care premium. That would be the value of the GST premium being used over the health care premium. Health care premiums would be sensible to use if they are viewed as a payment for the system — particularly if you introduce the notion of deductibles or something else that is related to use.

I think you are being unfair about our proposal in the following sense: If you look at fire insurance, if someone has a fire they pay. There is a deductible if a fire destroys their house.

M. Mintz: L'une des difficultés de la taxe de vente est de faire en sorte que le produit soit réservé à la santé. Dans le cas de l'assurance-emploi, il y a eu intégration complète dans le Trésor fédéral. Les cotisations recueillies ne sont pas réservées à l'assurance-emploi parce que l'argent n'est pas gardé à part pour servir à financer les prestations des chômeurs. S'il y a un excédent, le gouvernement fédéral est libre de s'en servir à son gré et, s'il y a un déficit, il doit recourir à d'autres sources pour financer le système.

Si c'est dans ce sens que vous parlez d'une taxe spécialement affectée, elle serait certes plus acceptable, surtout si c'est le gouvernement fédéral qui l'adopte. Les taxes spécialement affectées suscitent certaines préoccupations. Beaucoup de gens veulent des taxes spéciales pour différentes fins. Si on va trop loin dans cette voie, on finit par s'enfermer dans un carcan. En effet, si on a un excédent dans un domaine et un déficit dans un autre, on ne peut pas les combiner pour réaliser l'équilibre.

Le président: Je comprends parfaitement cela. Si le système est poussé à l'extrême, il devient impossible à gérer. Par ailleurs — et c'est un point qui me tient particulièrement à cœur —, s'il faut persuader les Canadiens de la nécessité de payer davantage pour les soins de santé, il faut leur donner l'assurance que leur argent est totalement hors de portée du ministre des Finances.

Le sénateur Morin: En pensant au désastre qui a touché tous les budgets dans les années 90, nous pourrions nous dire que si nous avions une taxe spécialement affectée, le gouvernement n'aurait pas pu y toucher. Nous n'aurions pas connu la situation actuelle. En faveur d'une taxe spéciale, il y a, d'une part, le fait qu'elle est plus acceptable pour le public et, de l'autre, la nécessité d'assurer un financement stable. Les besoins de santé ne varient pas avec les cycles économiques. Nous devons avoir un système de financement stable qui n'est pas touché par ces cycles. Le ministre des Finances pourrait ne pas être d'accord, mais je crois que c'est ce que les Canadiens veulent, et je pense qu'ils ont raison.

M. Mintz: Je voudrais aborder rapidement deux autres points concernant la TPS. D'abord, elle se compare favorablement à d'autres taxes que nous avons au chapitre des coûts d'efficacité. N'oublions pas en outre que la TPS doit maintenant servir à rembourser la dette. Pourtant, les recettes de la TPS sont inférieures au service total de la dette. Nous l'oublions constamment.

Une prime d'assurance-santé serait supérieure à la TPS sur le plan des coûts économiques. Le seul avantage de la TPS à cet égard est que son montant augmente avec la consommation. Par conséquent, parce qu'elle consomme plus, une personne riche paiera davantage que dans le cas d'une prime d'assurance-santé. Ce serait un avantage de la TPS. Les primes seraient sensibles à l'utilisation si elles sont perçues comme un paiement, c'est-à-dire si on introduit la notion de franchise ou d'une autre forme de frais d'utilisation.

Je crois que vous êtes injuste envers notre proposition. Considérons en effet le cas de l'assurance-incendie: si on a un incendie chez soi, on doit payer. Si un incendie détruit la maison,

Insurance will cover almost all the costs, which could be huge, but people will still pay something because there is always a deductible involved. Why? If they are smoking in bed or do not check their electrical wires they might cause a fire, or they may not be taking action to prevent fires.

I would suggest that our proposal is very much along those lines. It does not mean that when someone goes into the hospital for a major operation they will pay thousands of dollars. That is not our proposal. In fact, they do not have to pay a user fee at that point. They will not be charged thousands of dollars and then need to settle later on. Instead, they will be told that was their service. Later on, there is a settlement that would be based on income, and they will never pay more than 3 per cent of their income. If someone has \$50,000 in income, they will not pay more than \$1,500 for the procedures they received in a particular year. You can change the numbers and set it at 1 per cent or 2 per cent, I do not mind. It is not much different from the concept of having a deductible under an insurance system, and we must think about it that way.

With respect to the figure of 17 per cent, I want to mention that these are numbers based on various studies. You are absolutely right, if someone is elderly and toward the end of their life and they have to pay for the cost of something, they may still want to pay for it and not change their payment.

That is an interesting question. If someone is at the last part of their life and they have a choice between having some procedure costing thousands of dollars to extend their life for 20 days versus leaving more money to their kids, they may decide to be left alone.

That is a difficult ethical question.

Senator Fairbairn: Returning to the consumption tax — the GST — the part of the population who were probably most outraged at the time was the seniors on a fixed income. When you combine the fixed income with the accelerated requirement for health care assistance, can you tell me how that factors into your thoughts? Is there some way that seniors in that position could have some relief of sorts?

Mr. Mintz: You would have to increase the GST credit. This way very low-income people would not be impacted as much by the increased tax, if you went that route.

Senator Fairbairn: I was speaking specifically about seniors who do not have any income other than the OAS and the supplement. Are you thinking of that kind of assistance to the lower end of the regular earnings scale, for example, single mothers with very little?

Mr. Mintz: That is what I mean by increasing the credit. That is what we did when we introduced the GST. You would have to carry out some policy like that to relieve low-income people.

Senator Fairbairn: You might have to give a special thought to what kind of credit it would be, as the credit could mount up quickly because of the expenses due to illnesses and age.

le propriétaire doit acquitter le montant de la franchise. L'assurance couvre presque tous les frais, qui peuvent être énormes, mais le propriétaire a quand même quelque chose à payer. Pourquoi? S'il a fumé au lit, s'il n'a pas vérifié le câblage électrique, s'il n'a pas pris les mesures nécessaires, il peut avoir eu une certaine responsabilité dans l'incendie.

Notre proposition s'inspire beaucoup de la même situation. Elle n'impose pas à une personne qui doit subir une importante opération de payer des milliers de dollars à son arrivée à l'hôpital. Ce n'est pas ce que nous proposons. La personne n'a pas à payer à ce moment. De plus, le montant ne lui sera pas facturé plus tard. On lui dira simplement ce que le service a coûté. Plus tard, elle aura à payer sur la base de son revenu, mais le paiement ne dépassera jamais 3 p. 100 de ce qu'elle a gagné. Si elle a eu des rentrées de 50 000 \$, elle ne paiera pas plus de 1 500 \$ pour les services reçus dans une année donnée. Il est facile de modifier les chiffres, de façon à baisser le taux à 2 ou à 1 p. 100. Je n'y vois pas d'inconvénient. Ce n'est pas très différent de la franchise dans le cas d'une police d'assurance. C'est dans cette optique que nous devons y penser.

En ce qui concerne les 17 p. 100, je dois dire que le chiffre se base sur différentes études. Vous avez tout à fait raison, si une personne est dans les dernières années de sa vie et qu'elle a des frais à payer, elle obtiendra probablement les services dont elle a besoin.

C'est une question intéressante. Si, dans les dernières années de sa vie, une personne a le choix entre accepter une intervention qui coûtera des milliers de dollars pour prolonger sa vie de 20 jours ou laisser cet argent à ses enfants, elle pourrait décider de demander qu'on la laisse tranquille.

C'est une question éthique difficile.

Le sénateur Fairbairn: Pour revenir à la taxe à la consommation, c'est-à-dire la TPS, ce sont les personnes âgées ayant un revenu fixe qui ont été les plus indignées à l'époque. Si vous ajoutez l'augmentation des frais de santé au revenu fixe, quelle serait à votre avis la situation des personnes âgées? Pourrait-on trouver un moyen de les aider?

M. Mintz: Il faudrait augmenter le crédit pour TPS. Ainsi, les personnes ayant un très faible revenu ne seraient pas touchées dans la même mesure par une majoration de la taxe, si c'est l'option retenue.

Le sénateur Fairbairn: Je pensais en particulier aux personnes âgées qui n'ont pas d'autre revenu que la pension de vieillesse et le supplément de revenu garanti. Pensez-vous aider les gens à revenu très bas, comme beaucoup de mères célibataires, par exemple?

M. Mintz: Ce serait l'objet d'une augmentation du crédit pour TPS. Le crédit a été établi à cette fin lors de l'adoption de la TPS. Il serait nécessaire d'élaborer une politique de ce genre pour aider les gens à faible revenu.

Le sénateur Fairbairn: Il faudrait penser sérieusement au genre de crédit à accorder. En effet, le crédit pourrait monter rapidement à cause des dépenses dues aux maladies et à l'âge.

Mr. Mintz: I agree, but medical items are usually not taxable under the GST, so it would not be related to those expenses. Simply increasing the GST rate would be a bigger burden on lower income Canadians, and seniors would be more affected that way. Therefore, the relief would have to be something like increasing the GST credit in order to reduce some of that burden.

It would be interesting to examine the Alberta case, because the elderly pay the health care premium. My mother is in Edmonton.

Senator Fairbairn: Is she happy about it now?

Mr. Mintz: She is not exactly happy about it, and does not support it, naturally. That is obvious compared with a GST increase. It is a bigger burden on lower income individuals, and again, you would need to provide some sort of relief at the lower level for the premium not to hit the lower income seniors so hard.

Senator Robertson: I should like to concentrate on Mr. Mintz's last proposal, the one I believe he is recommending to us, the 3 per cent. That seems to be the preferred proposal.

Mr. Mintz, I have many questions about it. I wonder why, for instance, you have a flat rate of 3 per cent and not a progressive rate; the greater the income the higher the contribution rate? Is there a fairness element there? I suppose your mathematical structures would bring you to your cut-off of 3 per cent.

I heard you say that people with an income below \$10,000, who would be living in poverty, would be exempt. The income of \$10,000 cannot be lived on. If you raised the \$10,000 to \$25,000, or something like that, how does that rearrange your configuration? Again, you are probably talking about seniors. I am not sure what the OAS/GIS total is now, but if the only income a senior has is OAS/GIS, there is surely not enough money left over to do anything else. They are lucky to have a roof over their head. The same thing is true with single mothers with two or three children. They do well to put food on the table.

I am very much concerned about the \$10,000 structure. I would like you to give us the relevant data if you raise that to a sensible level that really reflects people in low incomes; \$25,000, maybe more.

If I understand this correctly, it seems to me that the 3 per cent is not designated. I understand your point that the Employment Insurance payments are designated but they are used for that designation. Some of us object to that, but that is another issue.

I would be nervous about having a designated fund feeding general revenue and having the Minister of Finance put his or her hot little hands on it. I think it would vanish in the night. It certainly should not go toward the reduction of taxes. If we are to

M. Mintz: Vous avez raison, mais les articles médicaux ne sont ordinairement pas assujettis à la TPS, ce qui exclut ces dépenses. Une simple majoration du taux de la TPS imposerait un fardeau plus lourd aux Canadiens à faible revenu et aux personnes âgées. Par conséquent, il conviendrait en même temps d'augmenter le crédit pour TPS afin de réduire quelque peu ce fardeau.

Il serait intéressant d'examiner le cas de l'Alberta où les personnes âgées paient la prime d'assurance-santé. Ma mère vit à Edmonton.

Le sénateur Fairbairn: Est-elle satisfaite de cette situation?

M. Mintz: Pas exactement. Naturellement, elle n'appuie pas l'idée. C'est évident dans le cas d'une majoration de la TPS. Le fardeau imposé est plus lourd pour les personnes à faible revenu. On a donc besoin de leur accorder de l'aide pour que le montant à payer ne soit pas excessif dans le cas des personnes âgées à faible revenu.

Le sénateur Robertson: Je voudrais parler de la dernière proposition de M. Mintz, celle de la quote-part de 3 p. 100 qu'il nous recommande, je crois, et qui semblait être privilégiée.

Monsieur Mintz, je me pose plusieurs questions à ce sujet. Je me demande, par exemple, pourquoi vous proposez un taux uniforme de 3 p. 100 au lieu d'un taux progressif? Pourquoi pas un taux de contribution supérieur pour les revenus élevés? Y a-t-il là un élément d'équité? Je suppose que vos modèles mathématiques produisent ce seuil de 3 p. 100.

Je vous ai entendu dire que les gens dont le revenu serait inférieur à 10 000 \$, qui vivent donc dans la pauvreté, seraient exemptés. Or il est impossible de vivre sur un revenu de 10 000 \$. Si vous releviez ce seuil à 25 000 \$ ou à un montant de cet ordre, quelles en seraient les répercussions sur votre modèle? Vous parlez probablement de personnes âgées. Je ne sais pas précisément à combien s'élèvent actuellement la pension de vieillesse et le supplément de revenu garanti, mais si la combinaison des deux représente le seul revenu d'une personne âgée, il ne lui reste sûrement pas assez d'argent pour payer autre chose. Elle aurait déjà de la chance si elle a un toit. Il en est de même des mères célibataires qui élèvent deux ou trois enfants. Elles ont à peine de quoi nourrir la famille.

Ce seuil de 10 000 \$ m'inquiète beaucoup. J'aimerais que vous nous donniez les chiffres qui correspondraient à un seuil plus raisonnable reflétant vraiment la situation des gens à faible revenu. Par exemple, 25 000 \$, ou plus peut-être.

Si j'ai bien compris, les 3 p. 100 ne seraient pas spécialement affectés. Je comprends votre argument au sujet des cotisations d'assurance-emploi qui sont désignées, mais ne servent pas nécessairement aux fins prévues. Certains d'entre nous s'opposent à cela, mais c'est une autre question.

Je serais mal à l'aise si un fonds désigné va directement dans le Trésor et que le ministre des Finances est libre de s'en servir à son gré. Je crois qu'il disparaîtrait dans la nuit. Ce fonds ne devrait sûrement pas servir à réduire les impôts. Si nous devons mettre

add money to the system for health, then let us try to have some stable funding out of this so that in years of decline of revenue, we will not have to do what we had to do this past decade.

The Chairman: As a long-time Minister of Health in New Brunswick, Senator Robertson understands whereof she speaks when it comes to the natures of ministers of finance.

Senator Robertson: We have a saying down East that we are really much better managers than the rest of the country because when you have no money, you must be more innovative. The rest of the Canadian provinces do not need to be so innovative.

If we were to have a designated tax, I would challenge you that it should go to general revenue. I would like you to give us another answer to that to keep it out of the hands of the little clutches over there in finance. It would just be gone, and that would be the end of that money.

Your explanation of the different systems is good and the premiums are not bad. Again, you have to look at the different levels of income. I will have to review my notes about what you said, Mr. Mintz, but regardless of what we do, please tell us how we can finance the money required without inflicting any more hurt on seniors living in poverty and people living below the poverty line? I would like some response.

Mr. Mintz: Those are all interesting and useful points.

First, on the 3 per cent flat charge, or income limitation charge, I should mention that we modelled a progressive income limitation. Originally, when we started off, we tried 1 per cent, 3 per cent and 5 per cent, depending on the income level. It was easy to model it that way. The more important point of our proposal is the idea that the payment will be somewhat related to usage and there will be an income limitation associated with it. That is the important principle.

The numbers are subject to debate. We put a specific proposal forth because people have to fix on something to discuss so that the proposal can be varied. It is an idea.

I did not like the 1 per cent, 3 per cent and 5 per cent rate figures because when people hit the income limitation, you are effectively adding 5 percentage points to their marginal tax rate. If they earn more income, they have to pay more of their health care benefits. I was worried about having that high of a marginal tax rate added to the current system of marginal tax rates. We have been so busy trying to lower those rates in Canada, I went with the 3 per cent. I thought it was easier and simpler. I recognize that there could be a graduated rate schedule.

The 3 per cent rate came partly from the medical expense credit. Right now, people are able to write off private medical expenses that are greater than 3 per cent of their net income — not the gross income figure that we use. We modelled it to see how much revenue we could raise and, if we thought that we would raise over \$5 billion in revenue we would stick with it. That is a

plus d'argent dans le système des soins de santé, nous devons chercher à assurer un financement stable pour que nous n'ayons pas à faire ce que nous avons fait cette dernière décennie dans les années où les recettes diminuent.

Le président: Ayant longtemps occupé les fonctions de ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick, le sénateur Robertson sait de quoi elle parle lorsqu'elle évoque les agissements des ministres des Finances.

Le sénateur Robertson: Nous avons l'habitude de dire, dans l'Est, que nous savons beaucoup mieux que les autres gérer l'argent. Quand on n'en a pas, voyez-vous, il faut savoir innover. Les autres provinces du Canada n'ont pas à innover autant.

Si nous avons un impôt désigné, je m'opposerai énergiquement à ce qu'il soit versé au Trésor. Il est essentiel que l'argent soit à l'abri des griffes des gens des Finances. Autrement, nous n'en verrons jamais la couleur.

Votre description des différents systèmes est bonne. Les primes seraient acceptables. Encore une fois, il faut tenir compte des différents niveaux de revenu. Je devrai revoir mes notes au sujet de ce que vous avez dit, monsieur Mintz, mais, quelle que soit la solution retenue, dites-moi de quelle façon nous pouvons réunir l'argent nécessaire sans infliger d'autres souffrances aux personnes âgées qui vivent dans la pauvreté et aux autres personnes qui se situent au-dessous du seuil de la pauvreté. J'aimerais connaître votre réponse.

M. Mintz: Tous les points que vous avez soulevés sont intéressants et utiles.

Tout d'abord, au sujet du plafond uniforme de 3 p. 100 du revenu, je voudrais mentionner que nous avons modélisé un plafond de revenu progressif. À l'origine, nous avons appliqué des taux de 1 p. 100, 3 p. 100 et 5 p. 100, selon la tranche de revenu. Il est facile d'établir des modèles de ce genre. L'aspect le plus important de notre proposition, c'est la notion d'un paiement relié d'une façon ou d'une autre à l'utilisation, avec un plafond basé sur le revenu. C'est l'idée de base du modèle.

Tous les nombres peuvent être modifiés. Nous avons présenté une proposition précise pour donner un point de départ à la discussion. C'est juste une idée.

J'ai hésité au sujet du projet à 1, 3 et 5 p. 100 parce qu'au dernier échelon, on ajouterait cinq points de pourcentage au taux d'imposition marginal. Si les gens gagnent plus d'argent, ils doivent payer une plus grande part de leurs prestations de santé. J'ai hésité à proposer de majorer à ce point le taux marginal. Il a fallu beaucoup d'efforts au Canada pour abaisser ces taux. J'ai choisi donc le plafond à 3 p. 100, que je trouvais plus simple et plus facile. J'admets cependant qu'il est possible d'établir un barème progressif.

Le taux de 3 p. 100 s'inspire en partie du crédit d'impôt pour frais médicaux. À l'heure actuelle, les gens peuvent déduire, aux fins du crédit d'impôt, le montant de leurs frais médicaux privés qui dépasse 3 p. 100 de leur revenu net, par opposition au revenu brut que nous avons utilisé. Nous avons établi le modèle pour déterminer combien d'argent il était possible de réunir ainsi. Nous

choice variable and people may want to do more modelling to see what kind of revenue they could drum up. Perhaps a greater number than 3 per cent would be required.

Concerning the \$10,000 in income, I find your comments appropriate. In fact, they should be directed to the Minister of Finance. Currently, the personal exemption in Canada at the federal level is less than \$10,000. I cannot remember the exact number.

The Chairman: It is certainly under \$10,000.

Mr. Mintz: We are being more generous than the current income tax system because, once people hit over that income level, they start paying income taxes, on top of GST and other things. I am sympathetic to your comments. That is a number that could change under our model. These are choice variables to be played around with in the model. I do not think that you have to take the number that we are suggesting; it was merely for the sake of discussion. In Alberta, I think the personal exemption level is around \$12,000 and twice that if there is a spouse and/or family. One of the things mentioned in the report is that you can consider doubling the allowance for families, as well.

Finally, in response to whether you would want to have a dedicated tax or new funding, my comments are consistent with what I have been saying over the past several years. I do not believe we have a taxation problem in Canada such that there is not enough revenue for governments. All governments in Canada raise revenues that are 44 per cent of GDP. We must seriously ask how much bigger does government need to be in this country? It is a question of priorities and where we spend our money. In this particular model, I was not about to put out a proposal to raise the overall level of taxes in the economy. I am willing to accept the idea that you do not need to lower personal income taxes or that you could cut some other expenditures to make the numbers work. I violently object to raising more taxes in this economy when our governments are bigger than ever, and especially in a world where we have to worry about competitiveness and productivity. That is not the way to go.

Senator Robertson: We have the GST at 7 per cent and I think all political parties have tossed about the notion and almost promised to reduce the GST. Rather than raise taxes, it would be sensible — in line with your comments on the excessive taxation that Canadians have — to dedicate 3 per cent of the GST to health care. In that way, we would not be raising the taxation rate and we would be honouring certain comments. Would you comment on that?

Mr. Mintz: I do not think it will help very much, but that is certainly a way of trying to avoid raising taxes. Now, we know that health care expenditures are approximately \$60 billion and tax revenues are greater than that. You could dedicate 3 per cent

avons estimé que si le résultat dépassait 5 milliards de dollars, nous garderions l'hypothèse de départ. Le taux est un élément qu'on peut faire varier. Il est possible d'essayer le modèle avec d'autres chiffres. On arriverait peut-être à un taux supérieur à 3 p. 100.

Au sujet du seuil de 10 000 \$, vos observations sont tout à fait pertinentes. En fait, vous devriez peut-être les adresser au ministre des Finances. À l'heure actuelle, le niveau d'exemption personnel, à l'échelon fédéral, est inférieur à 10 000 \$. Je ne me souviens pas du chiffre exact.

Le président: Il est certainement inférieur à 10 000 \$.

M. Mintz: Nous avons donc été plus généreux que le régime fiscal actuel parce qu'une fois qu'ils atteignent ce niveau de revenu, les Canadiens commencent à payer de l'impôt, en sus de la TPS et d'autres taxes. Je comprends fort bien vos préoccupations. C'est un chiffre que nous pouvons modifier dans notre modèle, comme plusieurs autres d'ailleurs. Vous n'êtes pas du tout obligés d'accepter nos chiffres, qui ne sont là que pour amorcer la discussion. En Alberta, je crois que le niveau d'exemption personnel est de l'ordre de 12 000 \$ et qu'il atteint le double de ce chiffre s'il y a un conjoint ou d'autres membres de la famille. Il est mentionné dans le rapport qu'on peut envisager de doubler les allocations pour les familles.

Enfin, en réponse à la question de savoir s'il est préférable d'établir une taxe spécialement affectée ou un nouveau financement, ma réaction est la même depuis plusieurs années. Je ne crois pas qu'il existe au Canada un problème fiscal qui ne permet pas au gouvernement de réunir les recettes nécessaires. Tous les gouvernements du Canada perçoivent des recettes, qui totalisent 44 p. 100 du PIB. Nous devons nous demander sérieusement si l'administration doit encore grossir dans notre pays. C'est une question de priorité et de répartition de l'argent perçu. Dans ce modèle particulier, je n'étais pas disposé à proposer un modèle qui augmenterait le niveau général des impôts dans l'économie. Je veux bien accepter l'idée qu'il n'est pas nécessaire de réduire l'impôt sur le revenu des particuliers et qu'il est possible de couper certaines dépenses pour équilibrer les chiffres. Je m'oppose très énergiquement à des hausses d'impôt quand nos gouvernements sont plus gros qu'ils ne l'ont jamais été, surtout dans un monde où nous devons nous soucier de compétitivité et de productivité. Ce ne serait sûrement pas la bonne solution.

Le sénateur Robertson: La TPS est actuellement à 7 p. 100, et je pense que tous les partis politiques ont plus ou moins promis de réduire ce taux. Plutôt que d'augmenter les impôts, il serait logique — compte tenu de ce que vous venez de dire au sujet de l'imposition excessive des Canadiens — de consacrer 3 p. 100 de la TPS aux soins de santé. Ainsi, nous n'aurions pas à majorer les taux d'imposition et nous pourrions honorer certains engagements. Qu'en pensez-vous?

M. Mintz: Je ne crois pas que ce serait très utile, mais ce serait sûrement un moyen d'éviter d'augmenter les impôts. Nous savons que les dépenses de santé sont d'environ 60 milliards de dollars et que les recettes fiscales sont supérieures à cela. Vous pouvez consacrer 3 p. 100 de la TPS au financement des services de santé,

of the GST toward health care financing, but it would not have any impact on what we are doing now. It is just a change of label. I do not see that as being particularly helpful.

The Chairman: If you took the proposal to move three of the seven points of the GST and dedicate them to health care, that amount of money — roughly \$10 billion — is no longer available for other government programs. In effect, what you have done is to cut government programs by \$10 billion in order to add that to health. That is not new money into the system.

Senator Robertson: I understand that. We are talking about surpluses here.

Mr. Mintz: I am not necessarily assuming you are going to cut \$10 billion in expenses.

The Chairman: In effect you suggesting we could pay for it out the surplus.

Senator Callbeck: I have a few questions and I will give them to you all at once.

You mentioned that by the year 2040, health care would take up 60 per cent to 65 per cent of the provincial budget. Is that to sustain the system we have right now, or are you assuming new programs such as Pharmacare and home care?

On the flat-based premium, has the institute done any work on that? If we were to have a uniform premium do you have a ballpark figure as to how much that might be?

On the proposal that you presented to us, you are going to come up with \$6.8 billion, and then you thought there might be another \$7 billion saved.

Mr. Mintz: About \$6 billion saved.

Senator Callbeck: That would represent approximately 14 per cent of the overall cost of the health system in Canada. Is that the money you feel we need to sustain the present system, or to add new programs? I wonder why those figures.

I look at this proposal and I wonder why any government would go through trying to sell a new tax to the public and end up with the same amount of money?

Finally, we consider pre-funding health care costs for the future. How can we even think about that when we have a problem financing the present?

Mr. Mintz: First, with respect to the figure of 60 per cent to 65 per cent, I quoted on provincial budgets. That is assuming no introduction of any new programs. That is the current system as we have it, so there is no change in what we are doing now. It would be based on current policies. Of course, if you introduced anything new that will be added on top.

mais cela n'aurait aucun effet sur ce que nous faisons maintenant. Ce serait un simple changement d'étiquette. Je n'y vois aucun avantage particulier.

Le président: Si on prenait trois des sept points de pourcentage de la TPS et qu'on les consacrait aux services de santé, le montant correspondant — environ 10 milliards de dollars — devrait être retiré à d'autres programmes fédéraux. On n'aurait rien fait d'autre que de couper 10 milliards dans les programmes pour les affecter à la santé. Nous n'injectons aucun argent frais dans le système.

Le sénateur Robertson: Je comprends cela, mais nous parlons d'excédents.

M. Mintz: Je ne suppose pas nécessairement qu'il est possible de réduire les dépenses de 10 milliards de dollars.

Le président: Vous suggérez donc de consacrer l'excédent à la santé.

Le sénateur Callbeck: J'ai quelques questions, que je vais vous poser en bloc.

Vous avez mentionné que d'ici 2040, les services de santé accaparaient 60 à 65 p. 100 des budgets provinciaux. Ces chiffres permettent-ils seulement de maintenir ce que nous avons aujourd'hui, ou bien supposez-vous que de nouveaux programmes seront adoptés, comme l'assurance-médicaments et les soins à domicile?

Au sujet des primes uniformes, l'Institut a-t-il réalisé des travaux dans ce domaine? Si nous devons instituer des primes uniformes, pourriez-vous nous dire en gros quel en serait le montant?

Et au sujet de votre proposition, vous pensez recueillir 6,8 milliards de dollars et économiser peut-être, en sus, 7 autres milliards.

M. Mintz: Environ 6 milliards de dollars d'économies.

Le sénateur Callbeck: Cela représenterait environ 14 p. 100 du coût total du système de soins de santé au Canada. Pensez-vous que cet argent suffirait pour maintenir le système actuel ou pour ajouter de nouveaux programmes? Je me demande d'où viennent ces chiffres.

Je regarde cette proposition et je me demande pourquoi un gouvernement essaierait de persuader le public d'accepter un nouvel impôt pour en arriver au même montant.

Enfin, nous envisageons de financer les services de santé par anticipation. Comment pouvons-nous même y penser en présence des problèmes de financement que nous avons aujourd'hui?

M. Mintz: Tout d'abord, au sujet des 60 ou 65 p. 100 des budgets provinciaux, ce chiffre ne tient compte de l'introduction d'aucun nouveau programme. Il s'agit purement et simplement de maintenir le système actuel. Nous n'avons donc prévu aucun changement. Les politiques aussi resteraient les mêmes. Par conséquent, pour financer n'importe quel nouveau programme, il faudrait ajouter d'autres fonds.

With respect to the flat-based premium, no, we have not done any work on that. My colleague, Bill Robson, has been working on pre-funding, and he is working on a paper now. We have a current draft of this paper and he did model the consumption tax and income tax that would be required for pre-funding.

I have suggested that he consider health care premiums and payroll taxes to complete the picture, but I do not know if he will be doing that. We may have something along those lines in the future. I will take that up with him as a question of this committee.

With respect to your question about these particular costs, with this proposal, I was trying to bring in a system that would enhance accountability in health care financing and provision where people would be more conscious of the costs of service that are provided to them. Therefore, I did not look at this as a new premium to raise new revenues as opposed to substituting away from general revenues. Our main point is to say that general revenue is not the optimal source of funding, that revenues coming from a user-pay related charge would be appropriate.

However, when you think of the dynamics over time where costs will rise and governments will have to increase revenues every year, as they do, it is quite possible to introduce this type of program, or tax, as opposed to raising other taxes that would help fund the system. Therefore, I am raising the idea of thinking about the appropriate funding source. The incentive-based one is the really the way to go into terms of some of the financing we require for the public system in order to get some changes down the road.

Finally, on your pre-funding question, I agree that it is a hard sell to talk about pre-funding now when Canadians feel they do not have enough money in the current system. However, this suggests that if we think we have a problem now with funding health care, imagine what we will have down the road in 30 to 40 years.

Tax rates on the working population by that time will be very high to fund all these elderly benefits — not just health care but also pension-related benefits and other things. We have an immense problem with respect to the demography. The OECD has estimated that Canada's primary balances will worsen by 10 per cent of GDP by 2050. In the U.S., it will be 5 per cent.

This means that, in Canada, with a current revenue-to-GDP ratio of 44 per cent, we will be looking at 53 per cent by 2050. The United States will be looking at 38 per cent. If we think we have a problem of productivity and differences in tax rates between Canada and the U.S. and all the issues involved with that now, we will have an even bigger problem down the road. We will have to think about how we will address this issue, which gets to the sustainability issue.

Quant aux primes uniformes, non, nous n'avons pas réalisé de travaux à ce sujet. Mon collègue, Bill Robson, a travaillé sur le financement anticipé. Il rédige actuellement un document sur cette question. Nous en avons déjà une première ébauche. Il a également modélisé la taxe à la consommation et l'impôt sur le revenu pour déterminer les montants nécessaires au financement anticipé.

Je lui ai suggéré d'envisager les primes d'assurance-santé et les charges sociales pour disposer d'un tableau complet, mais je ne sais pas s'il le fera. Nous aurons peut-être quelque chose de ce genre à l'avenir. Je lui transmettrai cela comme question de la part du comité.

Quant à votre question sur les coûts particuliers mentionnés dans la proposition, je voulais concevoir un système qui puisse renforcer la responsabilité dans le financement et la prestation des services de santé, pour que les gens soient plus conscients du coût des soins qu'ils reçoivent. De mon point de vue, ce ne sont pas de nouvelles primes destinées à produire de nouvelles recettes. Elles avaient plutôt pour objet de réduire les montants puisés dans l'ensemble des recettes fiscales. Nous croyons que ces recettes ne constituent pas une source optimale de financement et que les frais d'utilisation sont préférables.

Toutefois, quand on pense à l'évolution avec le temps, il est clair que les coûts augmenteront et que les gouvernements devront accroître leurs recettes chaque année. Dans cette situation, il est tout à fait possible d'adopter ce genre de programme ou de taxe au lieu de percevoir d'autres impôts pour financer le système. Voilà pourquoi je cherche à déterminer la source de financement la plus adéquate. Je pense vraiment que c'est celle qui comporte des mesures incitatives, car elle permet d'espérer certains changements à l'avenir dans le régime public.

Enfin, en ce qui concerne le financement anticipé, je conviens que l'idée est difficile à faire accepter quand les Canadiens ont l'impression qu'il n'y a pas suffisamment d'argent pour financer les besoins actuels. Toutefois, si nous pensons avoir des difficultés de financement aujourd'hui, imaginez les problèmes que nous devons affronter dans 30 ou 40 ans.

À ce moment, les travailleurs auront déjà à payer des impôts très élevés pour financer les prestations des personnes âgées. Je ne parle pas seulement des prestations de santé, il y a aussi les pensions et tout le reste. Nous aurons un énorme problème démographique. L'OCDE a estimé que les soldes primaires du Canada augmenteront de 10 p. 100 du PIB d'ici 2050. Aux États-Unis, ils augmenteront de 5 p. 100.

Cela signifie qu'au Canada, notre ratio actuel recettes-PIB de 44 p. 100 passerait à 53 p. 100 d'ici 2050. Le chiffre correspondant des États-Unis serait de 38 p. 100. Si nous pensons avoir aujourd'hui des problèmes de productivité et d'écart entre les taux d'imposition par rapport aux États-Unis, imaginez où nous en serons à l'avenir. Voilà pourquoi nous devons songer tout de suite à la question de la viabilité.

The Chairman: As I understood your response to one of my earlier questions, if we ask you to run your model with different parameters, is that possible?

Mr. Mintz: We can talk about that.

The Chairman: We will be in touch.

The committee continued *in camera*.

Le président: Si j'ai bien compris votre réponse à l'une de mes questions précédentes, vous pouvez utiliser votre modèle pour produire des résultats avec des paramètres différents. Est-ce que je me trompe?

M. Mintz: Nous pouvons en discuter.

Le président: Nous garderons le contact.

La séance se poursuit à huis clos.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Communication Canada – Publishing
Ottawa, Ontario K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Communication Canada – Édition
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

WITNESS

From the C.D. Howe Institute:

Mr. Jack Mintz, President and CEO.

TÉMOIN

De l'Institut C.D. Howe:

M. Jack Mintz, président-directeur général.



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

Première session de la
trente-septième législature, 2001-2002

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Thursday, June 13, 2002

Le jeudi 13 juin 2002

Issue No. 63

Fascicule n° 63

Sixtieth meeting on:
The state of the health care system in Canada

Soixantième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Keon
* Carstairs, P.C.	* Lynch-Staunton
(or Robichaud, P.C.)	(or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Keon
* Carstairs, c.p.	* Lynch-Staunton
(ou Robichaud, c.p.)	(ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Thursday, June 13, 2002
(74)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in room 705, Victoria Building, at 9:09 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin and Robertson (10).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 2.*)

WITNESSES:

From the Association of Canadian Academic Health Care Organizations:

Mr. Glenn Brimacombe, CEO.

From St. Michael's Hospital:

Mr. Jeffrey Lozon, President and CEO.

From the McGill University Health Centre:

Dr. Hugh Scott, Executive Director.

From Applied Management:

Mr. Bryan Ferguson, Partner.

From the Fraser Group: —

Mr. Ken Fraser.

From Tristat Resources:

Mr. Richard Shillington, Principal.

The Chair made a statement.

Mr. Brimacombe made a statement and, together with Dr. Scott and Mr. Lozon, answered questions.

At 10:14 a.m. Senator LeBreton took the Chair

At 10:40 a.m. the sitting was suspended.

At 10:45 a.m. the sitting was resumed.

Mr. Ferguson made a statement and answered questions.

At 11:05 a.m. Senator Kirby took the Chair.

At 11:50 a.m. the sitting was suspended.

At 11:55 a.m. the sitting was resumed.

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le jeudi 13 juin 2002
(74)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 h 09, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin et Robertson (10).

Également présents: Du service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son examen spécial de l'état du système de soins de santé au Canada. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 2 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS:

De l'Association canadienne des institutions de santé universitaires:

M. Glenn Brimacombe, PDG.

De l'Hôpital St. Michael's:

M. Jeffrey Lozon, président et PDG.

Du Centre universitaire de santé McGill:

Dr Hugh Scott, directeur exécutif.

De Applied Management:

M. Bryan Ferguson, associé.

Du Fraser Group:

M. Ken Fraser.

De Tristat Resources:

M. Richard Shillington, directeur.

Le président fait une déclaration.

M. Brimacombe fait un exposé puis, avec l'aide du Dr Scott et de M. Lozon, répond aux questions.

À 10 h 14, le sénateur LeBreton prend le fauteuil.

À 10 h 40, la séance est suspendue.

À 10 h 45, la séance reprend.

M. Ferguson fait un exposé puis répond aux questions.

À 11 h 05, le sénateur Kirby prend le fauteuil.

À 11 h 50, la séance est suspendue.

À 11 h 55, la séance reprend.

Mr. Fraser made a statement and, together with Mr. Shillington, answered questions.

At 1:23 p.m. the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

M. Fraser fait un exposé puis, avec l'aide de M. Shillington, répond aux questions.

À 13 h 23, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, June 13, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:09 a.m. to examine the state of the health care system in Canada

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: If we can begin, we are here to continue our study of the Canadian health care system, leading to our next report at the end of October, which will deal with costing and the need for new funds for the system from the federal government and how that money should be raised.

We have two panels this morning. The first will deal with university health care centres. We have another panel that will deal with issues related to the cost of catastrophic drugs and we will learn who is and who is not covered by drug plans in Canada.

Mr. Glenn Brimacombe, CEO, Association of Canadian Academic Health Care Organizations: The Association of Canadian Academic Health Care Organizations, ACAHO, appreciates the opportunity to make a significant and constructive contribution to the public discussion about the future of health care in Canada, and in particular the federal government's role in support of health and health care.

We would like to commend the work that this committee has done; the five volumes of detailed analyses are an important contribution in terms of framing the spectrum of policy issues and challenges we must consider.

As you may know, ACAHO represents more than 40 teaching centres and regional health authorities that have jurisdictional responsibilities for teaching institutions. Members range from single hospital organizations to multi-site, multi-dimensional regional facilities that provide clinical programs ranging from primary health care to highly specialized tertiary and quaternary services. The distinguishing characteristic of the association is that its members represent all of the principal teaching and health research sites for Canada's health care professionals. This includes the faculties of medicine and other faculties of health, and many colleges with technical and professionals in health, including physiotherapy and rehabilitation therapists, laboratory technicians, respiratory therapists, speech therapists and social workers.

The association was formerly known as the Association of Canadian Teaching Hospitals, and is over 50 years old. The name change reflects the different governance structures that come with the introduction of regionalized health care systems across the country, with the exception of Ontario.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 13 juin 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 h 09 pour étudier l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Si nous pouvons commencer, nous allons poursuivre notre étude de l'état du système de soins de santé au Canada dans le but de présenter, à la fin d'octobre, notre prochain rapport qui portera sur les coûts du système, les fonds supplémentaires que le gouvernement fédéral devra lui apporter et la façon dont cet argent devrait être obtenu.

Nous recevons deux groupes de témoins ce matin. Le premier nous parlera des centres hospitaliers universitaires. Le deuxième nous parlera des coûts catastrophiques des médicaments et nous dira qui est couvert ou n'est pas couvert par les régimes d'assurance-médicaments au Canada.

M. Glenn Brimacombe, PDG, Association canadienne des institutions de santé universitaires: L'Association canadienne des institutions de santé universitaires, l'ACISU, se réjouit de pouvoir contribuer de façon constructive au débat public sur l'avenir des soins de santé au Canada, et surtout le rôle que joue le gouvernement fédéral dans le domaine de la santé et des soins médicaux.

Nous voudrions féliciter votre comité pour le travail qu'il accomplit. Vos cinq volumes d'analyse détaillée contribuent de façon importante à bien délimiter les questions à examiner et les défis à relever.

Comme vous le savez peut-être, l'ACISU représente une quarantaine de centres d'enseignement et d'offices régionaux de la santé de qui relèvent les établissements d'enseignement. Nos membres vont des institutions comprenant un seul hôpital aux installations régionales multidimensionnelles à emplacements multiples qui offrent des programmes cliniques allant des soins primaires aux services de soins tertiaires et quaternaires hautement spécialisés. La principale caractéristique de notre association est que ses membres représentent la totalité des principaux centres d'enseignement et de recherche médicale qui forment les professionnels de la santé au pays. Cela comprend les facultés de médecine et autres facultés d'enseignement médical ainsi que de nombreux collèges qui assurent la formation du personnel technique et professionnel tel que les physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation, les techniciens de laboratoire, les inhalothérapeutes, les orthophonistes et les travailleurs sociaux.

Notre association s'appelait avant l'Association canadienne des hôpitaux d'enseignement et sa création remonte à plus de 50 ans. Le changement de nom reflète le changement de structures administratives qui a accompagné la mise en place des systèmes de soins de santé régionalisés dans l'ensemble du pays, à l'exception de l'Ontario.

While teaching centres appear to be relatively small in terms of numbers, it is important to keep in mind that our members have total health budgets in excess of \$16 billion, of which more than 90 per cent is derived from the public sector. This means that approximately 50 per cent of public monies devoted to hospitals are allocated to teaching hospitals. Members of ACAHO account for almost one of every six dollars allocated to the health care system. In addition, we employ more than 150,000 Canadians across the country.

The mission mandate of ACAHO members is three-fold: first, to provide Canadians with timely access to quality specialized health services; second, to provide the settling where the next generation of Canada's health care professionals receive their hands-on education and training; and third, to be the engine of innovation through on-going health research, medical discovery and knowledge creation.

In the view of ACAHO, there are a number of important and multi-faceted roles teaching centres play when it comes to funding organization, management and delivery of health care. No other organization in the health care system provides the unique combination of services that teaching centres are responsible for.

ACAHO is concerned that Canadians will continue to experience difficulties in accessing timely quality health care services delivered by teaching centres. ACAHO holds the view that our member institutions are essential to the health care system and can make an important and constructive contribution to the public dialogue on the future of health care in Canada.

Our members serve not only local and community health needs, but also respond to regional, provincial, inter-provincial and territorial requirements. ACAHO members agree with those who define our role as a national resource in the system.

The document circulated to you is entitled "Achieving Excellence and Supporting Innovation In Meeting The Health Care Needs of Canadians: The Role of the Federal Government in Funding a National Teaching Centre Health Infrastructure Fund."

The proposal focuses on the critical need to have the necessary infrastructure in place to allow teaching the centres to continue to strive for excellence in all that it does, while improving the responsiveness and flexibility of the system to meet the changing health care needs of Canadians. The proposal identifies where synergies between teaching centres and the federal government could be nurtured and would contribute to re-establishing the federal government's leadership role when it comes to the future of health care in Canada.

The one word that has captured the policy discussions concerning the future of the health care is "sustainability." While the term is most frequently used in the context of less than satisfactory levels of public funding for health care and the ability of governments to fund future increases, it is essential that we recognize that sustainability also reflects other critical dimensions of the system. The physical infrastructure, the dissemination of new technologies and, perhaps most importantly, concerns about

Les centres d'enseignement semblent relativement peu nombreux, mais il ne faut pas oublier que nos membres gèrent un budget total de plus de 16 milliards de dollars, dont plus de 90 p. 100 provient du secteur public. Cela veut dire qu'environ la moitié des deniers publics consacrés aux hôpitaux sont affectés aux hôpitaux universitaires. Nos membres dépensent près du sixième de la totalité des fonds consacrés au système de soins de santé. De plus, nous employons plus de 150 000 Canadiens dans l'ensemble du pays.

Notre mission est triple: il s'agit d'abord d'assurer aux Canadiens des services de santé spécialisés de qualité. Deuxièmement, nous donnons à la prochaine génération de professionnels de la santé la possibilité de recevoir une formation pratique et, troisièmement, nous sommes des moteurs d'innovation grâce à la recherche, aux découvertes médicales et à la création du savoir.

Notre association considère que les centres d'enseignement ont un certain nombre de rôles importants à jouer en ce qui concerne le financement, la gestion et la prestation des soins de santé. Aucun autre organisme du système de santé n'offre un ensemble de services aussi uniques.

L'ACISU craint que les Canadiens continuent d'avoir de la difficulté à obtenir les services médicaux de qualité qu'offrent les centres d'enseignement. Nous estimons que nos institutions membres jouent un rôle essentiel dans le système de santé et qu'elles peuvent contribuer de façon importante et constructive au dialogue public sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Nos membres répondent non seulement aux besoins de la collectivité locale, mais également aux besoins régionaux, provinciaux, interprovinciaux et territoriaux. Nos membres sont d'accord pour dire que nous représentons une ressource nationale dans le système de santé.

Le document qui vous a été distribué s'intitule «Achieving Excellence and Supporting Innovation in Meeting The Health Care Needs of Canadians: The Role of the Federal Government in Funding a National Teaching Centre Health Infrastructure Fund».

Ce document souligne qu'il est essentiel de mettre en place l'infrastructure nécessaire pour permettre aux centres d'enseignement de continuer à rechercher l'excellence dans tout ce qu'ils font, tout en améliorant la capacité d'adaptation et la souplesse du système de façon à répondre à l'évolution des besoins des Canadiens sur le plan de la santé. Cette proposition précise où il est possible d'accroître la synergie entre les centres d'enseignement et le gouvernement fédéral pour contribuer à rétablir le rôle de chef de file que ce dernier doit jouer en ce qui concerne l'avenir des soins de santé.

Le mot «viabilité» est constamment revenu au cours des discussions sur l'avenir du système de soins de santé. Il est surtout utilisé dans le contexte des niveaux de financement qui sont insuffisants et de la capacité des gouvernements à financer les augmentations futures des coûts, mais il faut reconnaître que la viabilité se rapporte également à d'autres dimensions essentielles du système. L'infrastructure physique, la propagation des nouvelles technologies, mais surtout, les préoccupations

the future supply, distribution and mix of health human resources across the country are important dimensions of the system as well. This also applies to our collective ability to generate new knowledge and to innovate.

ACAHO recognizes that the issue of sustainability is not about money or system structure, but is a combination of both elements that impact on the ability of Canadians to access quality health care services within a reasonable time-frame.

While there is an urgent need to review how we design the system architecture we do not have the sole option of reorganizing ourselves out of the current set of policy circumstances. Governments at all levels must be prepared to make strategic long-term financial commitments that will not only stabilize the system in terms of meeting the health care needs of Canadians today, but will give the system the flexibility to adapt to future demands.

The proposal to establish a national teaching centre health infrastructure fund is predicated on the basis that teaching centres are a de facto national resource.

While the breadth and depth of health care services housed within Canada's teaching centres are fully accessible by a local community or region, the fact is their mission and mandate extends their catchment areas to other communities or regions, and across provinces and territories.

Teaching centres are where the large majority of breakthroughs in health research benefit Canadians in terms of maintaining, enhancing or restoring their health status. The centres introduce new and more cost effective ways to deliver care and contribute to the advancement of science and medical discovery. Teaching centres are devoted to excellence in everything they do and have an important relationship to the health of Canadians.

The points above illustrate the reality that teaching centres are not only a local, regional, and provincial and territorial resource, but are an inter-provincial, territorial or national resource that has the competency and capacity to address a broad range of health care needs.

If one accepts the trinity of patient care, education and health research that defines the mission and mandate of teaching centres, then the logic should follow that teaching centres must be recognized as a national resource.

"What role is there for the federal government to address the national roles and responsibilities of teaching centres?" "How can governments nurture and support the role of teaching centres in a system that is experiencing profound change?" "How would the designation of teaching centres as a national resource allow the federal government, in close collaboration with the provinces and territories, to support continued access to health care services, and the training of health care professionals and researchers?"

concernant l'offre, la répartition et la composition des ressources humaines aux quatre coins du pays constituent également d'importantes dimensions. C'est également vrai pour notre capacité collective à générer de nouvelles connaissances et à innover.

L'ACISU reconnaît que la viabilité n'est pas une question d'argent ou de structure, mais une combinaison des deux qui se répercute sur la capacité des Canadiens à obtenir des services de santé de qualité, dans un délai raisonnable.

Il est urgent d'examiner la façon dont le système est conçu, mais nous n'avons pas pour seule solution de nous réorganiser à partir des structures actuelles. Les gouvernements doivent être prêts, à tous les niveaux, à prendre des engagements financiers stratégiques à long terme qui non seulement stabiliseront le système de façon à permettre de répondre aux besoins des Canadiens d'aujourd'hui, mais qui lui donneront également la souplesse voulue pour répondre aux besoins de demain.

Notre proposition concernant l'établissement d'un fonds national d'infrastructure pour les centres de formation des professionnels de la santé part du principe que ces centres constituent une ressource nationale.

Les services qui sont offerts par les centres d'enseignement du Canada sont très accessibles au niveau local ou régional, mais le fait est que leur mission et leur rôle s'étendent à d'autres collectivités ou régions de même qu'à d'autres provinces ou territoires.

Les centres d'enseignement sont les lieux où la majorité des progrès de la recherche médicale permettent aux Canadiens de préserver, d'améliorer ou de retrouver leur santé. Ces centres mettent au point de nouvelles méthodes plus rentables de prodiguer des soins et contribuent au progrès de la science et des découvertes médicales. Les centres d'enseignement visent l'excellence dans tout ce qu'ils font et jouent un rôle important dans la santé des Canadiens.

Ce que je viens de dire montre bien que les centres d'enseignement représentent non seulement une ressource locale, régionale, provinciale et territoriale, mais également une ressource interprovinciale, territoriale ou nationale qui a la capacité de répondre à un vaste éventail de besoins sur le plan de la santé.

Si l'on reconnaît que les soins aux patients, l'éducation et la recherche sont les trois éléments qui définissent la mission et le mandat des centres d'enseignement, il est logique que ces centres soient reconnus comme une ressource nationale.

«Quel rôle le gouvernement fédéral doit-il jouer pour aider les centres d'enseignement à s'acquitter de leur rôle et de leur responsabilité nationale?» «Comment les gouvernements peuvent-ils soutenir et appuyer les centres d'enseignement dans un système qui subit actuellement de profonds changements?» «En quoi le fait de désigner les centres d'enseignement comme une ressource nationale permettra-t-il au gouvernement fédéral, en collaboration étroite avec les provinces et les territoires, de maintenir l'accès aux services de santé et de favoriser la formation des professionnels de la santé et des chercheurs?»

ACAHO supports the view that teaching centres should continue to receive a large proportion of their funding from the public sector. That funding will ensure that patients have ready access to highly specialized quality health care services in times of need. Funding will minimize financial barriers to education and training. Further, knowledge creation and its contribution to medical discovery and innovation will be strongly supported.

ACAHO recommends that the federal government, in collaboration with the provinces and territories, teaching centres, and regional health authorities, establish a national teaching centre health infrastructure fund. This reinforces the view that there is an important and strategic role for the federal government to be a direct contributor in assisting teaching centres in continuing to evolve and fulfil their mandate.

ACAHO views the proposed contribution by the federal government to be a catalyst in accelerating system renewal, and innovation at all levels. In term of improved access to cost-effective health care services the ultimate beneficiary will be the Canadian public. The fund, which would be time-limited and targeted by nature, would focus on conditional investments in the infrastructure of teaching centres, specifically, health human resources, medical technologies, health information technology, and physical and capital requirements. All of these are essential inputs that contribute to the delivery of quality health care services to Canadians.

The fund would assist teaching centres in renewing their capacity to provide Canadians with timely access to quality health care services. It would develop the physical capacity required to train future health care professionals. It would replenish our investment in proven medical technologies. The fund would re-vitalize our ability to introduce new health information capabilities that promote system efficiencies, cost effective clinical and administrative decision-making, and ongoing health research. It would also ensure that there is adequate physical infrastructure and capital investment in the system.

Such a fund would require teaching centres to develop a strategic and cohesive approach as to how new resources should be allocated. It should be based on a renewed vision of how this national resource could be reconfigured into more cost effective partnerships that support a complementary rather than competitive approach.

The recommendation also emphasizes the important role that teaching centres play in terms of offering proactive and creative solutions that seek to improve the overall structure of the health care system and have a positive impact on Canadian's access to care.

This would not be the first time that the federal government has established a time-limited-targeted fund to promote excellence and innovation in the health care system. I am referring to the

L'ACISU estime que les centres d'enseignement devraient continuer de recevoir du secteur public une bonne partie de leur financement. Ce financement permettra aux patients d'avoir facilement accès à des services médicaux hautement spécialisés de qualité lorsqu'ils en auront besoin. Ce financement réduira également les obstacles financiers qui s'opposent à l'éducation et à la formation. Il soutiendra également la création du savoir et contribuera aux découvertes médicales et à l'innovation.

L'ACISU recommande que le gouvernement fédéral établisse un fonds national d'infrastructure pour les centres de formation des professionnels de la santé en collaboration avec les provinces et les territoires, les centres d'enseignement et les autorités sanitaires régionales. Nous croyons en effet que le gouvernement fédéral a un rôle important et stratégique à jouer en contribuant directement à aider les centres d'enseignement à s'acquitter de leur mission.

L'ACISU considère que cette contribution du gouvernement fédéral serait le catalyseur qui accélérerait le renouvellement du système de santé et l'innovation à tous les niveaux. Quant au public canadien, il bénéficierait d'un meilleur accès à des services de santé plus rentables. Ce fonds, qui serait d'une durée limitée et ciblée, ferait des investissements conditionnels dans l'infrastructure des centres d'enseignement, plus précisément sur le plan des ressources humaines, des technologies médicales, de la technologie de l'information et des immobilisations. Ce sont là autant d'éléments essentiels qui contribuent à la prestation de services de santé de qualité.

Le fonds aiderait les centres d'enseignement à renouveler leur capacité à offrir aux Canadiens l'accès à des services médicaux de qualité en temps opportun. Il permettrait d'obtenir la capacité physique requise pour former les futurs professionnels de la santé. Il renouvellerait notre investissement dans les technologies médicales qui ont fait leurs preuves. Le fonds revitaliserait notre capacité à adopter les nouvelles technologies de l'information qui augmentent l'efficacité du système, amélioreront les prises de décision cliniques et administratives et favoriseront la recherche médicale. Il permettrait également de doter le système de l'infrastructure physique nécessaire.

Ce fonds exigera que les centres d'enseignement s'entendent sur la façon de répartir les nouvelles ressources. Il faudra revoir la façon dont cette ressource nationale pourra donner lieu à des partenariats plus rentables axés sur la complémentarité plutôt que la compétitivité.

Notre proposition souligne également le rôle important que les centres d'enseignement jouent en offrant des solutions proactives et créatives qui visent à améliorer la structure générale du système de santé et qui permettent aux Canadiens d'avoir plus facilement accès aux soins.

Le gouvernement fédéral a déjà établi un fonds ciblé et d'une durée limitée pour promouvoir l'excellence et l'innovation dans le système de soins de santé. Je veux parler du programme de

Hospital Construction Grants Program of 1948, the Health Resources Fund in 1965, the Health Transition Fund in 1997 and the First Ministers' Agreement in 2000.

We are in the preliminary stages of considering the cost implications of this proposal. Based on our initial analysis, we believe that such a fund would require a minimum investment of \$3 billion within a multi-year funding framework. Understanding the focus of the next volume of work by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, ACAHO is more than prepared to work closely with the committee to get a better handle on the cost implications.

In the view of ACAHO, the proposal to create a national teaching centre health infrastructure fund is about looking to the future and assuring that there is an adequate infrastructure to meet the changing health care needs of Canadian. It is also about the need for federal leadership and the important synergies that can be nurtured between the teaching centres and the federal government, which are both focused on excellence and innovation in health care that would be of benefit to Canadians in times of need.

As a result of this proposal, ACAHO would highlight some of its important public policy benefits. The federal government would continue to re-establish its leadership role by directly contributing to programs that are designed to provide Canadians with timely access to quality health care.

Resources allocated to national teaching institutions supports excellence promotes innovation at all levels of their mission and mandate. The fund would be an important driver of improving overall system efficiency, cost effectiveness and integration. It reinforces financial accountability in terms of linking federal resources with its intended national uses. It would provide teaching centres with time-limited and strategically targeted funding with the flexibility to allocate the funds in defined areas based on their individual requirements.

This proposal is not unique; there is precedence in terms of the federal government making targeted funds available for health system infrastructure requirements.

We hope that this proposal is of value to the committee. ACAHO looks forward to being an active and constructive partner in the national dialogue about the federal government's role in health care.

The Chairman: You will be working on getting a handle on the costs. We would like to have that "better handle" from you, if we could, by the middle of July.

Mr. Brimacombe: That is possible.

The Chairman: You talk about "time-limited." You talk about two year, five years, 10 years. Have you any sense of the length of the time frame?

Mr. Brimacombe: At this stage, we have been thinking about a three-year fund.

subventions pour la construction d'hôpitaux de 1948, de la Caisse d'aide à la santé de 1965, du Fonds pour l'adaptation des services de santé de 1997 et de l'entente conclue entre les premiers ministres en 2000.

Nous commençons seulement à examiner les répercussions financières de cette proposition. D'après notre analyse initiale, nous croyons que ce fonds exigerait un investissement minimum de trois milliards de dollars dans un cadre de financement pluriannuel. Étant donné le sujet sur lequel portera le prochain volume de l'étude du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, l'ACISU est prête à travailler en collaboration étroite avec le comité pour mieux saisir les répercussions financières.

Nous croyons que la création de ce fonds permettra de préparer l'avenir et de mettre en place une infrastructure adéquate pour répondre à l'évolution des besoins des Canadiens sur le plan de la santé. Le gouvernement fédéral a également un rôle de chef de file à jouer et il est possible de favoriser d'importantes synergies entre les centres d'enseignement et le gouvernement fédéral, en recherchant l'excellence et l'innovation, et cela dans l'intérêt des Canadiens.

Nous tenons à souligner certains des avantages que cette proposition représente sur le plan de la politique publique. Le gouvernement fédéral continuerait à reprendre son rôle de chef de file en contribuant directement à des programmes qui visent à faciliter l'accès à des services de santé de qualité.

Les ressources affectées aux institutions d'enseignement nationales favorisent l'excellence et l'innovation à tous les niveaux. Le fonds contribuerait largement à accroître l'efficacité globale du système, sa rentabilité et l'intégration. Il renforcerait la reddition de comptes en faisant le lien entre les ressources fédérales et leurs utilisations nationales. Il apporterait aux centres d'enseignement un financement d'une durée limitée et ciblée stratégiquement, qu'ils pourraient répartir en fonction de leurs besoins particuliers.

Ce projet n'est pas nouveau; il existe des précédents, car le gouvernement fédéral a déjà mis des fonds ciblés à la disposition du système de santé pour son infrastructure.

Nous espérons que le comité jugera cette proposition intéressante. Nous voulons participer activement et de façon constructive au dialogue national sur le rôle que le gouvernement fédéral doit jouer dans la santé.

Le président: Vous allez évaluer les coûts. Nous aimerions que vous nous fournissiez cette évaluation d'ici la mi-juillet, si possible.

M. Brimacombe: C'est possible.

Le président: Vous parlez d'un fonds d'une durée limitée. Parlez-vous de deux ans, de cinq ans ou de dix ans. Avez-vous une idée de cette durée?

M. Brimacombe: Pour le moment, nous envisageons une période de trois ans.

The Chairman: You mentioned \$3 billion; one billion a year for three years.

The precedents are fascinating. There was the Hospital Construction Grants Program of 1948, and the Health Resources Fund, which led to the establishment of new medical schools across the country. The Health Transition Fund was also very targeted. The First Ministers' Agreement is not targeted. It increased the amount of money through the CHST, other than the \$1 billion dollars, which in theory, was supposed to go into technology.

How would the provinces react to targeted funds, instead of increasing funds transferred through a block-funding program? These funds would be transferred for explicit purposes and would be subject to a federal accountability mechanism to track how the money is being spent.

Dr. Hugh Scott, Executive Director, McGill University Health Centre: I have worked in the Province of Québec and that is a province that does have a tradition of some concern about jurisdiction.

I do not think that there would be a problem for the Quebec authorities as long as they would be involved in the individual distributions.

The only time that there has been a problem has been when the decision to put money into a particular place has been made outside of Quebec. The model seems to have worked well for the Canadian Foundation for Innovation. In their case there is a preliminary screening.

I am sure the initial response would be "Send the money, and we will look after it." However, the second response would be as long as there is a process in which —

The Chairman: Both sides can agree on the funding.

Dr. Scott: Exactly. I do not think that would be a problem.

The Chairman: You have had experience with the Canadian Foundation for Innovation and their process, which is essentially a joint decision-making process, has worked well.

Dr. Scott: We think it has worked very well. We have been beneficiaries, and that is why we think it has worked so well.

The Chairman: From your perspective, has it worked well from the government's point of view?

Dr. Scott: Yes. We must remember that it has required not only cooperation in the selection but also a matching approach, which would not be necessarily antithetical to what we are proposing today.

The Québec government has not only had to agree that a project is worthy, but in most instances they match the federal contribution. Therefore, it has been an important process in that respect as well.

Le président: Vous avez parlé de trois milliards de dollars; un milliard par an pendant trois ans.

Les précédents sont extrêmement intéressants. Il y a le programme de subventions pour la construction d'hôpitaux de 1948 et la Caisse d'aide à la santé qui a permis de créer de nouvelles facultés de médecine un peu partout au pays. Le Fonds pour l'adaptation des services de santé était également très ciblé. L'accord conclu entre les premiers ministres n'est pas ciblé. Il a eu pour effet d'accroître le montant accordé dans le cadre du TCSPS, à part le milliard de dollars qui devait, en principe, financer la technologie.

Les provinces seraient-elles d'accord pour que les fonds soient ciblés, au lieu que le financement de base soit simplement augmenté? Cet argent serait transféré dans un but précis et le gouvernement fédéral vérifierait l'usage qui en serait fait.

Dr Hugh Scott, directeur exécutif, Centre universitaire de santé McGill: J'ai travaillé au Québec et c'est une province qui tient à préserver sa sphère de compétence.

Je ne pense pas que les autorités québécoises y verraient d'inconvénient, du moment qu'elles s'occupent de la répartition de cet argent.

Les seules fois où cela a posé un problème, c'est quand la décision d'envoyer l'argent à un endroit précis avait été prise à l'extérieur du Québec. Ce modèle semble avoir donné de bons résultats pour la Fondation canadienne pour l'innovation. Dans son cas, il y a une sélection préliminaire.

Je suis certain qu'au départ la province dirait: «Envoyez-nous l'argent et nous nous en occuperons». Néanmoins, la réponse ultérieure dépendrait de la mise en place d'un processus...

Le président: Les deux parties peuvent se mettre d'accord sur le financement.

Dr Scott: Exactement. Je ne pense pas que cela poserait de problème.

Le président: Vous avez constaté que les choses ont bien marché dans le cas de la Fondation canadienne pour l'innovation. Dans ce cas, les décisions sont prises conjointement.

Dr Scott: Nous pensons que cela a très bien marché. Si nous le pensons, c'est parce que nous en avons été les bénéficiaires.

Le président: Pensez-vous que le gouvernement partage votre point de vue?

Dr Scott: Oui. N'oublions pas qu'il a fallu non seulement une coopération au niveau de la sélection, mais également pour le financement de contrepartie, ce qui ne serait pas nécessairement contraire à ce que nous proposons aujourd'hui.

Le gouvernement du Québec a dû non seulement convenir qu'un projet méritait d'être financé, mais dans la plupart des cas, il a accordé une contribution équivalente à celle du fédéral. Le processus a donc été important aussi sur ce plan-là.

Senator LeBreton: You referred to \$3 billion and a three-year fund. How this would be administered between the various jurisdictions?

In Atlantic Canada the teaching hospitals feel that they are left out because of stiff competition. McMaster University feels that it has been left out. How would the funds be administered? This is a broad question, but I think it is something that needs to be put on the record.

Mr. Brimacombe: We have not reached that level of detail yet. There are a number of different models that could be implemented. We want it to be transparent, accountable and evidence-based. Organizations would be making application for funding in the four areas that we underlined underneath the name of the fund. The fund does have four pillars.

There are a number of different ways with respect to how you can mix and match the model. For instance, the money could be given to the provinces and they would parcel it out on a business case, or the federal government could fund the provincial teaching centres. There are combinations of decision makers.

At this point it would be premature to give you a definitive sense of how the model should be configured. That would be a product based on recommendations and consultations with other key funding partners, particularly the provinces. There would have to be agreements as to how the money would flow.

Senator Kirby correctly referred to the First Ministers' Agreement as following the model of national allocation. We referred to that agreement because of the segmentation in it that makes reference to primary care, medical equipment, and health information technology.

The Chairman: Do you agree that is somewhat different than the specific allocations of the other agreement?

Mr. Brimacombe: It is just taking that principle of recognizing the fact that you are trying to allocate precise amounts of money to specific areas of requirements, in terms of making the system function more effectively.

Other than just giving you some principles upon which it could be based, we are open to looking at different approaches. I think there are a number of different ways in which the model could effectively function.

Senator LeBreton: If money is parcelled out to the provinces and territories, does not the federal government then lose control? Are you suggesting a model that is controlled by, and accountable to, the federal government?

We have examples where there has been no accountability for blocks of funds sent to various provinces and territories and do not know whether the money ended up where it was supposed to end up.

In a perfect world, would you have a preference, or is that an unfair question at this time?

Le sénateur LeBreton: Vous avez parlé de trois milliards de dollars sur trois ans. Comment ce fonds serait-il administré entre les divers gouvernements?

Dans la région de l'Atlantique, les hôpitaux universitaires estiment être les victimes de la concurrence très serrée. L'Université McMaster considère qu'elle n'a pas eu sa part. Comment les fonds seraient-ils gérés? C'est une question assez vaste, mais je crois nécessaire de le préciser.

M. Brimacombe: Nous n'en sommes pas encore arrivés à ce genre de détails. Différents modèles pourraient être appliqués. Nous voulons que la formule choisie soit transparente et fondée sur des données précises. Les organismes feraient une demande de financement dans les quatre domaines que nous avons soulignés. Le fonds repose sur quatre piliers.

Il existe diverses façons d'agencer le modèle. Par exemple, les fonds pourraient être alloués aux provinces, lesquelles le distribueraient d'après une analyse de rentabilisation, ou encore le gouvernement fédéral pourrait financer directement les centres d'enseignement provinciaux. Il existe diverses options.

Il serait pour l'instant prématuré de vous donner une idée précise de la façon dont le modèle devrait être configuré. Cela se fera en fonction de recommandations et de consultations avec les autres principaux partenaires financiers, et surtout les provinces. Il faudra conclure des ententes sur la façon d'allouer les fonds.

Le sénateur Kirby a indiqué à juste titre que l'accord des premiers ministres s'aligne sur le modèle de l'entente nationale sur l'allocation. Nous en avons parlé parce qu'il y est fait allusion aux soins primaires, à l'équipement médical et à la technologie de l'information en santé.

Le président: Convenez-vous que ce principe diffère quelque peu des allocations précises de l'autre entente?

M. Brimacombe: Cela se fonde sur le principe selon lequel on essaye d'allouer des sommes précises à des secteurs où il existe des besoins précis, pour que le système fonctionne de manière plus efficace.

Au lieu de nous contenter de vous indiquer certains principes sur lesquels le système pourrait reposer, nous sommes disposés à examiner diverses approches. Il existe diverses façons d'assurer le fonctionnement efficace du modèle.

Le sénateur LeBreton: Si les fonds sont répartis entre les provinces et les territoires, le gouvernement fédéral ne risque-t-il pas de perdre tout moyen de contrôle? Êtes-vous en train de recommander un modèle dont le gouvernement fédéral a le contrôle et la responsabilité?

Il y a eu des cas où l'on n'a pas rendu compte de budgets globaux alloués aux divers territoires et provinces et nous ne savons pas si les fonds sont bien parvenus au secteur auquel ils étaient destinés.

Dans un monde parfait, avez-vous une préférence, ou est-ce une question injuste à poser pour l'instant?

Mr. Brimacombe: At this time, it is slightly unfair. I can say that, based on the overall implied merit of the recommendation, we are looking at a collaborative model. One model that has been used, is the Health Transition Fund established in 1997. I had some experience working within that fund when I was with Health Canada. It was a recognized federal fund with, bottom-up involvement and decision-making with the provinces. In many respects, it was collaborative. You can argue about the relative share, but I think it is fair to say there was a majority shareholder role vis-à-vis the federal government, not only in terms of funding it at \$150 million, but in terms of the overall working of the fund and the apportionment of the monies in the four defined in that fund.

The Chairman: Could you explain how decisions were made about the allocation of that \$150 million?

Mr. Brimacombe: A joint committee of federal, provincial and territorial government representatives looked at the submissions that were presented. It was through a process of discussion and through looking at the merits of each proposal that monies would flow. Decisions were based on the need of home care, pharmacare, primary care, and integrated delivery systems.

The Chairman: Therefore, it was, a joint federal-provincial decision.

Mr. Brimacombe: Yes, it was a collaborative mechanism.

Senator Fairbairn: In your concept of this \$3 billion, are you focusing solely on existing centres? Is there any indication in your proposal for the development of a new centre or other facility specifically focused on health issues that are not being covered by other institutions?

Mr. Brimacombe: If there were other centres of excellence that were to be developed that clearly would fall within the purview of the needs of the fund, I think that needs to be looked at.

The complementary point I wish to raise is that the fund is intended to focus on specific areas in the system. The fund, which is not meant to be competitive, would be complementary to broader initiatives. We have had questions from others concerning that issue. If there were another fund in this area focusing the federal government's role and investments within teaching centres, would it lead to the exclusion of all others in the system? The answer is: absolutely not.

Senator Cordy: What do you define as a "centre of excellence?"

The Chairman: I should mention that the plane has landed. Mr. Jeffrey Lozon, President and Chief Executive Officer at St. Michael's Hospital, has joined us.

M. Brimacombe: Pour l'instant, c'est un peu injuste. Je peux dire que, d'après le bien-fondé global de la recommandation, nous examinons un modèle fondé sur la concertation. Il y a un modèle qui a déjà été utilisé, celui du Fonds pour l'adaptation des services de santé créé en 1997. J'ai eu l'occasion de m'occuper de ce fonds lorsque je travaillais à Santé Canada. Il s'agissait d'un fonds fédéral reconnu fondé sur le principe de la participation de base et la prise de décisions de concert avec les provinces. À bien des égards, il s'agissait d'un modèle de collaboration. On peut discuter de la part relative des intervenants, mais je pense pouvoir dire que le gouvernement fédéral jouait le rôle de l'actionnaire majoritaire, non seulement en vertu du financement de 150 millions de dollars qu'il y a alloués, mais aussi pour ce qui est du fonctionnement global du fonds et de la répartition des fonds entre les quatre secteurs définis.

Le président: Pourriez-vous nous expliquer comment les décisions ont été prises en ce qui a trait à la répartition de ces 150 millions de dollars?

M. Brimacombe: Un comité mixte composé de représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux a examiné les demandes qui lui ont été soumises. Grâce à un processus de discussion et en examinant le bien-fondé de toutes les propositions, les fonds étaient distribués. Les décisions se fondaient sur les besoins en matière de soins à domicile, d'assurance-médicaments, de soins primaires et de systèmes de prestation intégrée.

Le président: Il s'agissait donc d'une décision conjointe du fédéral et des provinces.

M. Brimacombe: Oui, c'était un mécanisme de collaboration.

Le sénateur Fairbairn: Dans le contexte des 3 milliards de dollars, vous concentrez-vous uniquement sur les centres déjà existants? Est-il prévu dans le cadre de votre proposition la création d'un nouveau centre ou d'une autre installation qui se concentrerait précisément sur les questions de santé non visées par les autres établissements?

M. Brimacombe: Si d'autres centres d'excellence étaient mis sur pied, cela tomberait nettement dans les limites des besoins du fonds, et je pense que cela mérite réflexion.

J'aimerais ajouter une chose. Le fonds vise à mettre l'accent sur certains secteurs précis du système. Ce fonds, qui ne se veut pas concurrentiel, sera complémentaire à des initiatives plus importantes. D'autres nous ont posé des questions à ce sujet. S'il existait un autre fonds dans ce domaine qui concrétise le rôle et l'investissement du gouvernement fédéral dans les centres d'enseignement, cela entraînerait-il l'exclusion de toutes les autres parties prenantes? La réponse est claire: absolument pas.

Le sénateur Cordy: Qu'entendez-vous exactement par «centre d'excellence?»

Le président: Je tiens à signaler que l'avion est arrivé. M. Jeffrey Lozon, président-directeur général de l'Hôpital St. Michael's, vient de se joindre à nous.

Dr. Scott: The centre of excellence can range from evident high-tech to excellence in rural medicine. I am sure it is not intended to be just "high-tech," but rather it is to work with the teaching hospital. We are academic centres. We are involved in teaching, research and health care. As the presentation indicates, we would like to think that we are maintaining high standards in all three areas. Our immediate past president will indicate just how widespread we are across the country. We like to see ourselves as a national resource.

It is interesting that people sometimes try to suggest that we should be less a national resource. People tend to do follow-up studies of graduates of medical schools in province "A" and deem it extraordinary that "X" per cent of those graduates end up working in province "B." Being a national resource, that is hoped for and expected. Not only is it desirable to have the federal government involved, but it is also to be expected because we are national resources. Sometimes we are almost pushed into positions of trying to hide that because of these kinds of things. We do not think there is anything to hide. Rather, we want to be national resources and fully rejoice in the role.

Senator Cordy: Are centres of excellence facilities or groups that have specializations in certain areas? Is the definition much broader than that?

Mr. Jeffrey Lozon, President and CEO, St. Michael's Hospital: A centre of excellence is clearly a place where you would like to send a family member to receive care that is provided with the quality and quantity sufficient to ensure that outcomes meet the expectations. A centre of excellence should be measured, to some extent, by the quality of the patient outcome.

A centre of excellence may also be a place where other organizations or other health care professionals come for foundational education, continuing education, or educational refreshment. A centre of excellence could also be a place where new and innovative processes for the delivery of care and the communication of care could be experimented on. A good example is telehealth. A centre of excellence approach would require some differentiation amongst the various teaching centres across the country. A centre of excellence at Dalhousie and its associated teaching hospitals may be quite different from one associated with McGill or with the University of British Columbia or with the University of Toronto. Those are a few examples of what a centre of excellence would be.

Senator Robertson: Considering our population spread and looking at the national resource you have emphasized in speaking of centres of excellence, do you feel that your hospitals could be doing more to serve all the population? Do you believe they are being sufficiently utilized, or do you see a more national profile for various centres of excellence, depending upon what that excellence might be?

Dr Scott: Le centre d'excellence va de l'installation de pointe évidente à l'excellence en médecine rurale. Je suis sûr que cette expression ne s'applique pas uniquement aux installations «de pointe», mais plutôt au travail de l'hôpital d'enseignement. Nous sommes des centres universitaires. Nous nous occupons d'enseignement, de recherche et de soins de santé. Comme nous l'indiquons dans notre exposé, nous aimons croire que nous maintenons des normes élevées dans ces trois domaines. Notre président sortant va vous expliquer le nombre de centres qui existent dans tout le pays. Nous nous considérons comme une ressource nationale.

Fait intéressant à noter, certaines personnes laissent parfois entendre que nous devrions moins être une ressource nationale. Les gens font généralement des études de suivi sur les diplômés de facultés de médecine dans telle ou telle province, et jugent extraordinaire qu'un pourcentage de «tant» de ces diplômés finissent par travailler dans une autre province. Étant une ressource nationale, c'est ce que nous souhaitons et attendons. Il est non seulement souhaitable que le gouvernement fédéral ait un rôle à jouer, mais c'est aussi ce à quoi on s'attend puisque nous sommes une ressource nationale. Parfois, nous sommes presque obligés de dissimuler ce fait à cause de tout cela. À notre avis, il n'y a rien à cacher. Au contraire, nous voulons être des ressources nationales et assumons ce rôle avec le plus grand plaisir.

Le sénateur Cordy: Les centres d'excellence sont-ils des installations ou des groupes spécialisés dans certains domaines? La définition est-elle beaucoup plus générale que cela?

M. Jeffrey Lozon, président et président-directeur général, Hôpital St. Michael's: Un centre d'excellence est de toute évidence un endroit où vous souhaitez envoyer un de vos proches pour recevoir des soins qui sont suffisants, tant en qualité qu'en quantité, pour garantir que les résultats répondent à vos attentes. Un centre d'excellence doit être évalué, dans une certaine mesure, par la qualité des services offerts aux patients.

Un centre d'excellence peut également être un endroit où d'autres organismes ou professionnels de la santé viennent pour suivre des cours de base, une formation professionnelle continue ou des cours de recyclage. Un centre d'excellence peut également être un endroit où l'on procède à des expériences sur de nouvelles méthodes novatrices de prestation des soins de santé. La télésanté en est un bon exemple. Lorsqu'on parle de centres d'excellence, il faut faire des distinctions entre les divers centres d'enseignement du pays. Le centre d'excellence de Dalhousie et ses hôpitaux d'enseignement associés sont très différents de celui qui est rattaché à l'université McGill ou l'Université de la Colombie-Britannique, ou encore l'Université de Toronto. Voilà quelques exemples de ce que peut être un centre d'excellence.

Le sénateur Robertson: Compte tenu de l'éparpillement de notre population et du fait que les centres d'excellence représentent selon vous une ressource nationale, estimez-vous que vos hôpitaux pourraient faire davantage pour desservir toute la population? À votre avis, sont-ils suffisamment utilisés ou les divers centres d'excellence devraient-ils avoir une portée plus nationale, selon le secteur d'excellence qu'ils représentent?

Dr. Scott: I am sure we could do more. In some cases, we run into conflicting visions where there is a great desire for excellence to be transmitted into the regions. Is it better to localize cardiac surgery of all kinds in a certain limited number of centres, or should everybody be able to get cardiac surgery within five minutes of their house?

That is a rather extreme position. I do not think anybody supports it. I think you understand where I am going with this. There is dialectic within our country as to whether we should focus, be excellent and ensure that it is then made available to all the citizens, or should we move that out into the community?

That is a dilemma where, in the Canadian way, the answer is somewhere between the two. On some occasions we are being urged to move out from our centres certain things into the community. We are doing that all the time. I think that is also a natural ebb and flow. Certain excellence is developed in the centre, and one of the challenges is to not hold on to it forever. I think all of us have had that experience.

The centre that I represent was fundamental in developing neurosurgery in this country, but neurosurgery is widely spread, thank goodness, across the country. To say it should forever stay concentrated at the Montreal Neurological Hospital would have been very short sighted. It should be developed, as Mr. Lozon said, and then moved outside.

Senator Robertson: If we look at the country, taking out the large centres, such as Toronto, Montreal, Calgary and Vancouver, is it realistic to expect that one would get the quality of care that you have extended to the smaller communities? Do you think you can get the same quality of care as you can in the centres?

Would it be better for the patient to travel farther for a standard of excellence than to worry about the quality of care he would receive in his own community?

Mr. Lozon: It is one of the trade-offs that has to be managed in the overall management of the system.

We know that if you do more of things, you actually become better at them. I presume there is a maximum beyond which if you go you are doing too much and you are not as open as you could be. We do know that if you do more, you are a little bit more expert at it. There are many studies conducted by the Institute for Clinical Evaluative Sciences, associated with the University of Toronto, that amply demonstrate this. The political dilemma is to what extent do people want to do that? To what extent do they want to travel for that activity versus feeling somewhat vulnerable not having it in their own community?

I think that some provinces have already taken those steps, notwithstanding the most recent example that is here in this particular region. Just look at the province of Saskatchewan where they had that debate in the early 1990s. When they closed the rural hospitals, people said that the quality of the service

Dr. Scott: Je suis certain que nous pourrions faire davantage. Dans certains cas, nous sommes confrontés à des visions contradictoires lorsqu'on tient absolument à transmettre l'excellence dans les régions. Vaut-il mieux localiser tous les services de chirurgie cardiaque dans un nombre restreint de centres, ou tout le monde devrait-il pouvoir subir une chirurgie cardiaque à cinq minutes de chez soi?

C'est une position assez extrême que personne n'appuie, je pense. Vous comprenez sans doute où je veux en venir. On discute beaucoup dans notre pays pour savoir s'il vaut mieux assurer l'excellence dans certains endroits précis et s'assurer que tous les Canadiens y aient accès, ou plutôt décentraliser les services au niveau communautaire?

Il s'agit d'un dilemme dont la solution consiste à un compromis entre les deux, ce qui est typiquement canadien. Dans certains cas, nous sommes exhortés à décentraliser certains services offerts par nos centres. Nous le faisons continuellement. C'est le centre qui acquiert une certaine expertise, et l'un des défis consiste à ne pas s'y accrocher indéfiniment. Nous avons tous vécu cette expérience, je pense.

Le centre que je représente a joué un rôle crucial dans le développement de la neurochirurgie dans notre pays, mais c'est un secteur qui est aujourd'hui présent dans toutes les régions, Dieu merci. Il aurait été imprévoyant de dire que la neurochirurgie devait rester à tout jamais concentrée à l'Hôpital neurologique de Montréal. Il fallait développer cette spécialité, comme l'a dit M. Lozon, et la transporter ensuite dans les régions.

Le sénateur Robertson: Si nous considérons le pays, et notamment les grands centres urbains comme Toronto, Montréal, Calgary et Vancouver, est-il réaliste de s'attendre à obtenir des soins de même qualité dans les petites collectivités? À votre avis, peut-on avoir accès à des soins de même qualité que dans les centres?

Vaudrait-il mieux qu'un patient parcoure une plus longue distance pour avoir la garantie d'une norme d'excellence plutôt que de s'inquiéter de la qualité des soins qu'il obtiendra dans sa propre localité?

M. Lozon: C'est l'un des compromis qu'il faut prendre en compte dans la gestion globale du système.

Nous savons que plus l'on fait certaines choses, mieux on les fait. Je suppose qu'il y a un maximum au-delà duquel on en fait trop et la qualité en pâtit. Nous savons que si l'on fait davantage, on acquiert une certaine expérience du domaine. De nombreuses études réalisées par l'Institut de recherche en services de santé, rattaché à l'Université de Toronto, le prouvent amplement. Le dilemme, sur le plan politique, consiste à savoir dans quelle mesure les gens veulent se déplacer pour avoir accès à une activité précise, au lieu de se sentir vulnérables s'ils n'y ont pas accès dans leur propre localité.

Certaines provinces ont déjà pris ces mesures, sans oublier l'exemple le plus récent qui s'est produit dans la région où nous nous trouvons. Prenons la province de la Saskatchewan, où ce débat s'est déroulé au début des années 90. Lorsqu'on a fermé les hôpitaux en milieu rural, les gens ont dit que la qualité du service

would diminish and that the quality of health care outcomes would be adversely affected. On that particular question where you stand depends on where you sit. Some people may feel that has, in fact, occurred. I no doubt agree that in isolated examples it may have. On the other hand, there may be a very strong rationale to have individuals travel to centres of excellence, whether they are teaching hospitals or organizations that have developed a set of expertise.

It is a trade-off. There is no right or wrong answer to that dichotomy.

The Chairman: You mentioned that you need to do a certain amount to be sufficiently proficient, and it makes sense to have centres of excellence. I am trying to get a sense of the number. For example, I would not want a heart bypass done by someone who performed only one procedure a year. What is a reasonable critical mass to get to the point where one feels confident that the level of expertise is there? Does it vary by procedure?

Mr. Lozon: Yes, it definitely varies by procedure. It may be different if you are doing a laparoscopic exam than if you are doing a cardiac surgical procedure or deliveries.

The Chairman: Can you give me a ballpark sense of the numbers you look at as being the critical mass?

Mr. Lozon: Cardiac surgery is an example that is often cited. Under 150 cardiac surgical procedures a year by a surgeon means that they are spending a lot of time outside the surgical theatre. In our organization we benchmark at 200. We expect a cardiac surgeon to do about 200 open-heart procedures a year. There are others here who are better qualified. I see Senator Keon is not here. He would probably have the numbers in precise terms.

Dr. Scott: The other aspect is the non-physician component. If we go into the obstetrical area, the number of births in a given centre is also considered in light of quality of care and efficiency of the operation. In other words, all of us must staff our labour and delivery rooms 24 hours a day, and the ideal situation would be to have a reasonable volume going through them, just in terms of cost per case. You have the efficacy that draws together the effectiveness of the procedure and the cost effectiveness of it.

We like to come back to the fact that we used to have teaching in our name and we have academic still in our name. Wherever this quality care is going on the people who are performing the work have been well-educated in our centres. Whether we decide to localize the care in our centre or whether it is in an area 200 miles from us, that individual cardiac surgeon or obstetrician should have been extremely well-educated in one of our centres. We should bear that responsibility, and we do, to be accountable for how well they do when they get out there.

en pâtirait et que les soins de santé seraient de moindre qualité. Dans ce genre de débat, tout dépend de l'angle sous lequel on se place. Certaines personnes pensent peut-être que c'est effectivement ce qui s'est produit. Je conviens volontiers que cela s'est peut-être produit, mais dans des cas isolés. En revanche, il y a peut-être de très bonnes raisons de demander aux gens de se rendre dans des d'enseignement ou d'organismes qui ont acquis certaines compétences bien précises.

C'est un compromis. Face à une telle dichotomie, il n'y a pas de réponse claire et nette.

Le président: Vous avez dit qu'il faut faire certaines choses assez souvent pour acquérir une expertise suffisante, et les centres d'excellence sont donc logiques. J'essaie de me faire une idée du nombre. Par exemple, je ne voudrais pas subir un pontage cardiaque aux mains d'un chirurgien qui ne fait ce genre d'opération qu'une fois par an. Quelle est la masse critique raisonnable pour en arriver au point où l'on a confiance en la compétence du centre ou du spécialiste? Est-ce que cela varie selon l'acte médical?

M. Lozon: Oui, cela varie. Les choses sont peut-être différentes si l'on procède à un examen laparoscopique ou si l'on pratique une opération à coeur ouvert ou un accouchement.

Le président: Donnez-moi une idée générale de ce qui constitue, selon vous, la masse critique.

M. Lozon: La chirurgie en cardiologie est un exemple qu'on cite souvent. Si un chirurgien effectue moins de 150 opérations du coeur par an, cela signifie qu'il passe beaucoup de temps hors des salles d'opération. Dans notre organisme, nous fixons notre point de référence à 200. Nous nous attendons à ce qu'un chirurgien-cardiologue procède à environ 200 opérations à coeur ouvert chaque année. Il y en a d'autres ici qui sont plus qualifiés. Je vois que le sénateur Keon est absent. Il pourrait sans doute vous fournir le chiffre exact.

Dr Scott: L'autre aspect est le volet des services offerts. Si nous prenons l'exemple de l'obstétrique, le nombre de naissances dans un centre donné est également pris en compte dans la qualité des soins et l'efficacité du service. En d'autres termes, nous devons tous avoir du personnel disponible dans les salles de travail et d'accouchement 24 heures sur 24, et idéalement, il faudrait que le nombre de procédures soit important pour limiter le coût unitaire. Qui dit efficacité dit également rentabilité.

Nous aimerions revenir au fait que par le passé, le mot «enseignement» figurait dans le nom de notre association et qu'aujourd'hui, c'est le mot universitaire qui y figure. Où que soient offerts ces soins de qualité, les gens qui font le travail ont reçu une bonne formation dans nos centres. Que nous décidions d'offrir les soins dans notre centre ou à un endroit qui se trouve à 200 milles de nous, ce chirurgien-cardiologue ou cet obstétricien devrait avoir une excellente formation dans l'un de nos centres. Nous devrions assumer notre responsabilité, et nous le faisons, à l'égard de la qualité de leur prestation parce qu'ils travaillent en région.

Senator Robertson: I have always had a pastry example. If I make pastry once a month and you make pastry 30 times a month, your pastry will be better than mine. Those of us who live in small population areas worry about this fact. How do we get the quality of care that our people deserve? Perhaps there should be an education program so people will understand. That would make your outreach more acceptable.

I am not blaming you. However, there may be more that your centres of excellence and your teaching units could do to encourage confidence in people living in smaller populations.

Mr. Lozon: Perhaps the very best example of what can happen concerns the dialysis issue. At one time if you wanted to have kidney dialysis, you had to go to a major academic centre to be able to get the service. Now you can actually get kidney dialysis in your home. In the Province of Ontario, it is distributed broadly to a variety of centres. We think that is progress. It is done through the innovations and the hand-in-hand work between academic centres and public policy developments.

It is not as if every place will get everything. We need to be pragmatic about that. We think those are success stories that should be replicated. There may be other ways of doing it. Maybe you could do it by a diagnosis on a telehealth hook-up between Sioux Lookout and Kingston General Hospital, or something like that. That is the type of thing we are talking about. Some place must pioneer things and then they must be distributed. We feel that we have a role in the pioneering and in the assisting of the distribution.

Senator Robertson: You are doing a good job but there is a lot still to be done particularly in your outreach program. Since its inception, this committee has heard of different approaches used for financing hospitals in Canada. We have heard about line-by-line, global and population based financing. Which approach is the most appropriate mix for your special teaching hospitals, as I would want to call them?

Mr. Lozon: Senator, the most appropriate funding vehicle is the one that most closely aligns the accountability of the academic health sciences centre and its outputs in a fair funding system. Our centres are accountable for their output. However, it must be understood that our outputs are going to be, different than they would be in a community hospital or in a rural environment. They will be more complex. We have different levels of output: we have output around the knowledge that we create; and we have output around the numbers of students that are educated.

We would probably be uncomfortable with a one-size-fits-all funding formula that might suggest my hospital be as low cost as a hospital in Yorkton, Saskatchewan. The hospitals do different things and so the cost varies. We need to measure the things we do

Le sénateur Robertson: J'ai toujours pris l'exemple de la pâtisserie. Si je fais un gâteau une fois par mois et que vous en faites 30 fois par mois, votre gâteau sera meilleur que le mien. Ceux d'entre nous qui vivent dans des régions peu peuplées s'inquiètent à ce sujet. Comment obtenir les soins de qualité que méritent les Canadiens? Il devrait peut-être y avoir un programme d'éducation pour que les gens comprennent bien. Cela rendrait vos services locaux plus acceptables.

Je ne vous reproche rien. Toutefois, vos centres d'excellence et vos centres d'enseignement pourraient peut-être faire plus pour accroître la confiance des gens qui habitent dans des petites localités.

M. Lozon: Le meilleur exemple qu'on puisse donner est peut-être celui de la dialyse. À une époque, lorsqu'on devait recevoir une dialyse du rein, il fallait se rendre dans un grand centre universitaire pour obtenir le service. Aujourd'hui, on peut pratiquement effectuer une dialyse du rein chez soi. En Ontario, ce service est offert dans divers centres. C'est ce qu'on appelle le progrès, selon nous. Cela se fait grâce à l'innovation et à la collaboration étroite qui existe entre les centres universitaires et les décideurs politiques.

Cela ne veut pas dire que toutes les localités obtiendront tous les services. Il faut être pragmatique. À notre avis, ce sont là des histoires à succès qu'il faut répéter. Il y a peut-être d'autres façons de procéder. On pourrait peut-être le faire grâce à un diagnostic posé par l'hôpital de Kingston à Sioux Lookout grâce à un branchement du réseau télésanté, ou quelque chose de ce genre. Voilà le genre de choses dont nous parlons. Il faut qu'un endroit fasse oeuvre de pionnier et fasse profiter les autres endroits de ses trouvailles. Nous pensons avoir un rôle à jouer dans cette oeuvre de pionnier et dans la diffusion des services.

Le sénateur Robertson: Vous faites du bon travail, mais il reste encore beaucoup à faire, surtout dans le cas de votre programme d'extension. Depuis sa création, notre comité a entendu des témoins parler des diverses approches utilisées pour le financement des hôpitaux au Canada. On nous a parlé du financement global ou proportionnel, et du financement en fonction de la population. Quelle approche constitue la meilleure solution pour vos hôpitaux d'enseignement spécialisé, comme j'aime les appeler?

M. Lozon: Sénateur, l'outil de financement le mieux approprié est celui qui établit le lien le plus étroit entre la responsabilité du centre de santé universitaire et ses résultats dans le cadre d'un système de financement équitable. Nos centres rendent compte de leurs résultats. Toutefois, il faut bien comprendre que nos résultats vont être différents de ceux d'un hôpital communautaire ou d'un hôpital en milieu rural. Ils seront plus complexes. Nous avons divers niveaux de résultats: les résultats relatifs au savoir que nous créons et les résultats relatifs au nombre d'étudiants qui reçoivent une formation.

Il nous serait sans doute difficile d'accepter une formule de financement uniformisé qui part du principe que mon hôpital a aussi peu de frais que celui de Yorkton, en Saskatchewan. Les hôpitaux mènent des activités diverses et leurs frais varient donc

and we need to be held as accountable as the hospital in Yorkton. However, it is a more complicated endeavour than strictly counting up the dollars.

In the United States the academic health sciences centres have become financially constrained because, in the insurance environment, they pay for the low-cost provider. We are not low-cost providers because of what we do and the types of activities in our organizations. We are prepared to work toward the development of the right funding formulas so that we can be held accountable.

Senator Robertson: Are you saying that your hospitals should be funded in a differently than other hospitals?

Mr. Lozon: Yes, but not in a less accountable fashion. We are quite prepared to be accountable and quite prepared to be seen as either performing well or not performing well.

Dr. Scott: Mr. Chairman, if you want to put it in a formula, there has to be multiples. Any time we try to put cardiac surgery and psychotherapy in a magic formula there will be problems. When you add in a teaching environment and so on, you will have even more problems. I look forward to simplicity and elegance. I think sometimes multiple factors have to be taken into account. When we have the desire to have a single number that will answer and explain everything, that is when we get in trouble. As Mr. Lozon said, we can certainly look forward to full accountability. I think we would like to do more accountability. For some reason, sometimes people think we do not. We think we have a great story to tell and being accountable is an opportunity to tell that story.

Senator Pepin: I think the costs will be not only for the institution but also for the patient and his family. If the patient has to travel to get the needed surgery then the family must travel there as well. The family will incur expenses while staying in the city where the hospital is. If the patient needs post-operative care after being discharged he will incur expenses again. Some of those expenses may not be covered by insurance and we must educate the public to that fact.

[Translation]

Mr. Scott: You are quite right and we are in full agreement. It is necessary in the functioning of such a system. This kind of system has already been set up in the Northwest Territories where the problem is huge.

[English]

Senator Morin: You represent a huge organization with an annual budget of \$16 billion. You are recommending a fund of \$3 billion in a time-limited fund.

Some of this fund would help Canadians have timely access to quality health care. In your other document you mention that some of this fund would be used to assist your various centres

en conséquence. Nous devons évaluer nos activités et rendre des comptes au même titre que l'hôpital de Yorkton. Toutefois, cela ne consiste pas simplement à compter des dollars.

Aux États-Unis, les centres de santé universitaires sont assujettis à des contraintes financières car, dans le milieu des assurances, ils paient pour les centres qui offrent leurs services à faibles coûts. Nous ne sommes pas dans ce cas-là, en raison de nos activités et de ce que nous faisons dans nos organisations. Nous sommes prêts à participer à l'élaboration des bonnes formules de financement qui nous permettront de rendre des comptes.

Le sénateur Robertson: Dites-vous que vos hôpitaux devraient être financés autrement que les autres hôpitaux?

M. Lozon: Oui, mais sans avoir moins de comptes à rendre pour autant. Nous sommes tout à fait prêts à rendre des comptes et à être évalués en fonction de nos résultats.

Dr Scott: Monsieur le président, si vous voulez mettre en place une formule, elle doit inclure différents facteurs. À chaque fois que nous essayons d'appliquer une formule magique intégrant la chirurgie cardiaque et la psychothérapie, cela pose des problèmes. Si vous ajoutez à cela le contexte de l'enseignement, les problèmes sont encore plus grands. Je recherche la simplicité et l'élégance. Il faut parfois tenir comptes de facteurs multiples. C'est quand on essaie de trop simplifier les choses que les difficultés surgissent. Comme l'a dit M. Lozon, nous pouvons certainement envisager une reddition de compte pleine et entière. C'est ce que nous souhaitons. Les gens pensent parfois le contraire, pour Dieu sait quelle raison. Nous croyons que la reddition de comptes nous permettra de bien montrer ce dont nous sommes capables.

Le sénateur Pépin: Je pense que les coûts se situent non seulement au niveau de l'établissement, mais également au niveau du patient et de sa famille. Si le patient doit voyager pour obtenir une intervention chirurgicale, il faut que sa famille l'accompagne. La famille fait des dépenses pendant son séjour dans la ville où se trouve l'hôpital. Si le patient a besoin de soins postopératoires après sa sortie de l'hôpital, cela représente des frais supplémentaires. Certains de ces frais ne seront pas nécessairement couverts par l'assurance et il faut le faire comprendre au public.

[Français]

M. Scott: Vous avez parfaitement raison, et nous sommes tout à fait d'accord. Dans le roulement d'un tel système, il le faut. Les Territoires du Nord-Ouest, où le problème est énorme, ont déjà instauré ce genre de système.

[Traduction]

Le sénateur Morin: Vous représentez une organisation énorme dont le budget annuel atteint 16 milliards de dollars. Vous recommandez un fonds d'une durée limitée de trois milliards de dollars.

Une partie de cet argent aiderait les Canadiens à avoir accès à des soins de qualité. Dans votre document, vous dites qu'une partie de ce fonds servirait à aider vos divers centres à obtenir les

have access to health care providers because you have problems with human resources. You maintain that health resources and infrastructure are most important.

If we transfer \$3 billion, 75 per cent of your budget, into your human resources budget this will fall into a black hole. We may wake up and have extra staff for the CEO of the hospital. I am sure you are all short of staff. Everyone agrees we have a serious problem with manpower training, both for physicians and for nurses.

Representatives from the Canadian Nursing Association recently told us they were lacking 500 seats in nursing schools. The Deans of Medicine have told us the same thing.

Your mandate of research and innovation is one of the priorities of the government and we support you in that. We are talking of centres of excellence, and we are talking about the translation of knowledge into clinical guidelines. The teaching hospitals and the academic health centres have a responsibility in that regard.

It would be best to have a fund of that kind targeted toward the mandates that are specific to the needs of the country. In that way we could avoid the problem of the money disappearing into what you called access to quality health care. I am not saying it is not a problem, however, we are talking about \$16 billion.

I have some objections to simply giving money in transfers to the provinces and to major teaching hospitals. We are still looking for the effect of the \$20 billion that was given on September 2000. I am sure it was well spent, but there has not been a single new program established with that money.

We wish to see a specific effect from the money that the federal government is giving to your organization. It should be targeted and it should not be for service work.

Mr. Lozon: The fund is not an end, but a means to an end. Part of the committee's deliberation is to find the priorities.

If you would like a process whereby we have national self-sufficiency in health human resources, then it is possible to use a fund of this nature for increases in training opportunities and innovations in training techniques.

If you see access or care guarantee as a higher priority, then it would be quite easy. Ultimately these become prioritisation questions. We would be prepared to say we want to see access to cardiac surgery, or access to advanced neurosurgical techniques, in a certain period of time. Instead, we may prefer to link up the country in an information context, and we would be prepared to provide funding so these centres can do that on a telehealth basis, but we would see this fund as being a means, rather than the end in and of itself. We are prepared to be held accountable for how it is spent.

services de professionnels de la santé étant donné que vous manquez de ressources humaines. Vous dites que les ressources humaines et l'infrastructure revêtent une importance primordiale.

Si nous transférons trois milliards de dollars, 75 p. 100 de votre budget, dans votre budget des ressources humaines, cet argent tombera dans un trou noir. Nous pourrions nous retrouver avec du personnel supplémentaire à la disposition du directeur général de l'hôpital. Je suis certain que vous êtes tous à court de personnel. Tout le monde reconnaît qu'il y a un sérieux problème du côté de la formation de la main-d'oeuvre, tant pour les médecins que pour les infirmières.

Les représentantes de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada nous ont dit récemment qu'il manquait 500 places dans les écoles d'infirmières. Les doyens des facultés de médecine nous ont dit la même chose.

La recherche et l'innovation figurent parmi les priorités du gouvernement et nous appuyons votre rôle à cet égard. Nous parlons de centres d'excellence, de traduire les connaissances en lignes directrices cliniques. Les hôpitaux d'enseignement et les centres de santé universitaires ont des responsabilités à cet égard.

Le mieux serait qu'un fonds de ce genre soit dirigé vers les mandats qui se rapportent plus précisément aux besoins du pays. Nous éviterions ainsi de voir l'argent disparaître dans ce que vous appelez l'accès à des soins de qualité. Je ne prétends pas qu'il n'y ait pas de problème de ce côté-là, mais nous parlons d'environ 16 milliards de dollars.

Je vois des objections à donner simplement de l'argent aux provinces et aux principaux hôpitaux d'enseignement. Nous cherchons toujours à évaluer les effets des 20 milliards qui ont été accordés en septembre 2000. Je suis certain que cet argent a été dépensé à bon escient, mais il n'a pas servi à mettre en place un seul nouveau programme.

Nous voudrions que l'argent qui vous est donné par le gouvernement fédéral ait des effets précis. Cet argent devrait être ciblé au lieu d'avoir une destination générale.

M. Lozon: Le fonds n'est pas une fin en soi, mais un moyen d'atteindre cette fin. Les délibérations du comité visent entre autres à déterminer les priorités.

Si vous souhaitez mettre sur pied un processus permettant d'en arriver à l'autonomie au niveau national dans le domaine des ressources humaines en santé, il est possible d'avoir recours à ce genre de fonds pour accroître les possibilités de formation et les innovations dans les techniques de formation.

Si vous accordez la priorité à l'accès ou à la garantie des soins, ce sera assez facile. En dernier ressort, tout est une question de priorités. Nous serions disposés à dire que nous voulons favoriser l'accès à la chirurgie cardiaque, ou aux techniques de pointe en neurochirurgie, au cours d'un délai précis. En fait, nous préférons peut-être faciliter les liens entre les régions du pays, et nous serons prêts à offrir des fonds pour que les centres puissent offrir des services de télésanté, mais nous considérons ce fonds comme un moyen, plutôt qu'une fin en soi. Nous sommes disposés à rendre compte de la façon dont cet argent est dépensé.

One key issue we have tried to articulate is that we believe it should be targeted and specific. Honourable senators will have to decide the target, we but can give you advice on that. It should be time limited, and tied to specific initiatives. For example, every one of our organizations are under substantial space constraints. Dr. Scott's McGill Medical Centre is seeing patients in facilities that are well over a century old. We in St. Michael's are in facilities that are almost a century old. There are easy ways to tie resources of this type to specific projects and timelines and so forth.

That would be our view as well. We are not asking for a large pot of slush money to do what we think is in the best interest of the health of Canadians. We are prepared to work with the funding agencies to determine where the money should be spent and spend it appropriately.

Senator Morin: I fully agree that access to health care delivery is a priority.

The issue is that your organization represents only 50 per cent of the hospital activities in this country. How do you improve health care delivery? I am not sure your organization has the monopoly on this, and we have to consider that. That is why I was thinking of the other mandates more than this one specifically.

Mr. Lozon: I agree. First of all, the reality is we cannot deliver improved access to all Canadians because we do not do everything for all Canadians. Where we could contribute to access is around tertiary and similar services. The more prudent course would be education and research, and, perhaps, some of the network technology opportunities that need to be developed.

Senator Morin: I fully agree with that.

The Chairman: Over the last three years there has been a 20 per cent to 25 per cent increase in the number of spaces at medical schools. Is that true with the medical schools related to your facilities?

Dr. Scott: All the medical schools are related to us, because there are only 16 and our membership is the teaching hospitals of those 16 schools.

The 20 per cent does not get us back to where we were in 1985, so we still have a ways to go.

A couple of other points about manpower education, I happen to be a physician and, I think medical schools are important. However, in the area of nurses, I have only become somewhat more aware of recently of the fact that, after graduation from nursing school, there is a post-graduation education period, as with any other industry. When a recently graduated nurse comes to work in our operating rooms, she is still on advanced training for another six months.

Ce que nous avons essayé de bien faire comprendre, c'est que ce fonds devrait à notre avis être ciblé et précis. Les honorables sénateurs devront déterminer l'objectif, mais nous pouvons vous donner des conseils sur ce point. Il faut que ce soit limité dans le temps et lié à des initiatives précises. Par exemple, toutes nos organisations sont assujetties à des fortes limites en matière d'espace. Le Centre médical de McGill du Dr Scott reçoit des patients dans des installations qui ont plus d'un siècle. Nous, à St. Michael's travaillons aussi dans des installations qui ont près de 100 ans. Il y a des moyens faciles de lier ce genre de ressources à des projets et des échéanciers précis, entre autres choses.

Nous sommes également de cet avis. Nous ne demandons pas qu'on constitue pour nous une importante caisse noire pour faire ce que nous jugeons dans l'intérêt supérieur de la santé des Canadiens. Nous sommes disposés à collaborer avec les organismes de financement pour établir les secteurs de dépenses les plus appropriés.

Le sénateur Morin: Je conviens parfaitement avec vous que l'accès aux services de santé est une priorité.

Toutefois, votre organisme ne représente que 50 p. 100 des activités hospitalières dans notre pays. Comment améliorez-vous la prestation des soins de santé? Je ne suis pas convaincu que votre organisme ait le monopole en la matière, et il faut en tenir compte. C'est pourquoi je pensais à d'autres mandats, outre celui-ci en particulier.

M. Lozon: Je suis d'accord avec vous. Tout d'abord, il est vrai que nous ne pouvons pas améliorer l'accès de tous les Canadiens aux services car nous ne faisons pas tout pour l'ensemble des Canadiens. Ce que nous pouvons faire, c'est faciliter l'accès aux services tertiaires et semblables. La voie la plus prudente serait celle de l'éducation et de la recherche, et peut-être certaines possibilités de technologie de réseau qu'il faudra exploiter.

Le sénateur Morin: Je suis entièrement d'accord avec vous.

Le président: Depuis trois ans, le nombre de places dans les facultés de médecine a augmenté de 20 à 25 p. 100. En est-il de même pour les facultés de médecine rattachées à vos centres?

Dr Scott: Toutes les facultés de médecine sont rattachées à nous, car il n'y en a que 16 et nous comptons parmi nos membres les hôpitaux d'enseignement qui abritent ces 16 facultés.

Les 20 p. 100 ne nous ramènent toutefois pas au niveau où nous étions en 1985, et il y a donc encore du chemin à faire.

J'aimerais faire deux autres remarques au sujet de la formation de la main-d'oeuvre; je suis médecin et à ce titre, je pense donc que les facultés de médecine sont importantes. Toutefois, dans le domaine des soins infirmiers, j'ai appris dernièrement que, lorsqu'on a obtenu son diplôme d'une école de soins infirmiers, il y a une période d'éducation de troisième cycle, comme dans tout autre secteur. Lorsqu'une infirmière nouvellement diplômée vient travailler dans nos salles d'opération, elle participe à une formation poussée pendant encore six mois.

Quite understandably, once that training is complete, some of the community hospitals think that is a good place to get an operating room nurse, and I agree with that. There is a further education component, which is usually referred to as on the job training, and the other 50 per cent looks to the teaching hospitals for nurses. One of the reasons that teaching hospitals are "expensive" is because that is what is going on.

If one looks at health research in this country, the majority of it is going on in our buildings, it is associated with the University of Toronto and McGill. The fact is it is not just the researchers, it is their graduate students. We are the graduate school for much of health research.

We look to the future, and talk about manpower: Nurses, doctors and health care delivery professionals. However, as we become the society we want to be, one of research, those biomedical and biotechnology educated people are being educated in our buildings, and there is some ambiguity between the role of the universities and the hospitals.

The Chairman: I was appalled to discover that while there has been an increase in the number of physicians in medical schools, there has not been a corresponding increase in nursing schools.

Frankly, the evidence we have indicates that there is a much bigger problem in the shortage of nurses than there is of doctors. You do not have to agree with my second observation, but at least you agree that there has not been a corresponding increase in nursing schools?

Dr. Scott: I can only speak for the jurisdiction I am in. That is true in the Montreal area. I do not have the national figures.

Mr. Lozon: It is the same in Toronto.

Senator LeBreton: Dr. Scott made a comment that when nurses finish nursing school, they go into his facility. They have a period of training and perhaps very quickly move on to some other facility. How many nurses actually stay in our facility? Is it a constant flow-through to other facilities?

Dr. Scott: It is a constant flow-through. The challenge in nursing is an interesting one, because we are not only in competition with other hospitals but with other health care facilities. One of the challenges of working in hospitals such as ours is that it is three shifts a day and all three shifts are busy. There are other important services in the community where you can get nine to five work.

I feel like that too. I do not like working at three o'clock in the morning either. However, there is a challenge to maintaining a downtown Montreal trauma facility. The Hell's Angels have been quiet lately, but we expect that they will be back. That is a challenge.

Il va sans dire que, une fois cette formation terminée, certains hôpitaux communautaires pensent que c'est un bon endroit pour avoir une infirmière de salle opératoire, et je suis de cet avis également. Il y a donc un autre volet d'éducation, que l'on appelle en général formation en cours d'emploi, et les 50 p. 100 qui restent se tournent vers les hôpitaux d'enseignement pour engager les infirmiers et infirmières. Si les hôpitaux d'enseignement «coûtent cher», c'est notamment en raison de ce qui se passe.

Si l'on examine la recherche en santé au pays, la majorité se fait dans nos bâtiments, en collaboration avec l'Université de Toronto et l'Université McGill. Ce ne sont pas uniquement les chercheurs qui font de la recherche mais leurs étudiants diplômés. Nous sommes l'école d'études supérieures qui assure une bonne partie de la recherche en santé.

Nous regardons vers l'avenir et parlons de main-d'oeuvre: infirmières, médecins et professionnels de la prestation de soins de santé. Cependant, pour faire de la société la société que nous voulons, une société de recherche, ceux qui font des études en biomédecine et en biotechnologie sont formés dans nos bâtiments, et il existe une certaine ambiguïté entre le rôle des universités et les hôpitaux.

Le président: J'ai été consterné d'apprendre que malgré l'augmentation du nombre de médecins dans les écoles de médecine, les écoles d'infirmières n'ont pas connu d'augmentation correspondante.

Selon les indications dont nous disposons, la pénurie d'infirmières est beaucoup plus grave que la pénurie de médecins. Vous n'avez pas à être d'accord avec ma deuxième observation, mais convenez-vous au moins qu'il n'y a pas eu d'augmentation correspondante des inscriptions dans les écoles de sciences infirmières?

Dr Scott: Je ne peux parler que pour ma province. C'est vrai dans la région de Montréal. Je n'ai pas les chiffres nationaux.

M. Lozon: C'est la même situation à Toronto.

Le sénateur LeBreton: Le Dr Scott a indiqué que lorsque les infirmières terminent leurs études en sciences infirmières, elles vont dans son établissement. Elles y suivent une période de formation et très rapidement passent à un autre établissement. Combien d'infirmières restent dans notre établissement? S'agit-il d'un transfert constant vers d'autres établissements?

Dr Scott: Il s'agit d'un transfert constant. Le défi qui se pose au niveau des soins infirmiers est intéressant car nous sommes non seulement en concurrence avec d'autres hôpitaux mais avec d'autres établissements de soins de santé. L'une des difficultés que pose le travail dans des hôpitaux comme le nôtre, c'est qu'il y a trois postes de travail par jour et ces trois postes sont tous occupés. Il y a d'autres services importants dans la collectivité où vous pouvez faire du travail de 9 à 5.

Je suis du même avis moi aussi. Je n'aime pas non plus travailler à trois heures du matin. Cependant, assurer un centre de traumatologie au centre-ville de Montréal est une entreprise exigeante. Les Hell's Angels se sont calmés récemment, mais nous nous attendons à ce qu'ils reviennent. C'est une difficulté.

The second challenge is that we are downtown. Most of our centres are downtown. It is expensive to live downtown. Most people would, perhaps for family reasons, like to live out in the communities.

My nursing staff turnover rate in the emergency room is 50 per cent a year. It is a happy place. It is not a morale problem. My operating room staff turnover rate is about 33 per cent. We are in the on-the-job training business big time.

Senator Robertson: You are involved with the training of health professionals and paraprofessionals. This committee will be faced with a small problem. Do you have time at all to define and talk about turf protection or flexibility in the professions?

Mr. Lozon: I will talk a little bit about that subject. My comments are made on my behalf and are not necessarily the opinion of the association.

One of the enormous strengths in our health care system is the quality of the professionals that work within it. They are enormously talented, dedicated and hard-working.

Over the course of the last 30 or 40 years, the knowledge base of each one of those professionals has deepened, broadened and become more robust. This has led to some strong protection of the specialization of each profession.

There is no question that people say: "I do this, and you do that only." It exists in our institutions. It exists in spades in a primary health care environment, where nurse practitioners and family doctors are dancing around the ring thinking about who is going to do what.

There is a certain amount of turf protection. To some extent that becomes a barrier. This deepening professional knowledge and expertise that has made us so successful has become a barrier. We want to provide greater integration. There is no easy solution to it, but it is certainly there.

Senator Cook: I am sitting here attempting to equate where I live to what I am looking at. Help me understand this.

You are an association that has jurisdiction for teaching institutions. Does that include community colleges or anyplace where learning takes place across the system?

Dr. Scott: The association's ambit is really the organizations that provide the teaching resources. We do not speak for community colleges or universities. However, our organizations are the sites for training. We are the training sites where community colleges may put some of their life sciences or health sciences students.

La deuxième difficulté, c'est que nous sommes au centre-ville. La plupart de nos centres sont situés au centre-ville. Il est coûteux de vivre au centre-ville. La plupart des gens, peut-être pour des raisons familiales, préfèrent vivre dans les collectivités.

Le taux de roulement de mon personnel infirmier dans la salle d'urgence est de 50 p. 100 par année. Les gens y sont heureux. Ce n'est pas un problème de moral. Le taux de roulement de mon personnel de salle d'opération est d'environ 33 p. 100. La formation en cours d'emploi représente donc une grande partie de nos activités.

Le sénateur Robertson: Vous participez à la formation de professionnels et paraprofessionnels de la santé. Notre comité devra faire face à un petit problème. Avez-vous le temps de parler de la protection des «chasses gardées» ou de la souplesse qui existe au sein des professions?

M. Lozon: J'en parlerai un peu. Mes commentaires traduisent mon opinion personnelle et pas forcément celle de l'association.

L'un des énormes atouts qui existent dans notre système de soins de santé, c'est la qualité des professionnels qui y travaillent. Ce sont des gens qui ont énormément de talent, qui sont extrêmement dévoués et qui travaillent fort.

Au cours des 30 ou 40 dernières années, les connaissances de chacun de ces professionnels se sont approfondies, se sont élargies et sont devenues plus solides. Cela a entraîné une protection assez forte de la spécialisation de chaque profession.

Il ne fait aucun doute que les gens disent: «Je fais ceci, et vous faites cela uniquement». Ce genre d'attitude existe dans nos établissements et est répandue dans le milieu des soins de santé primaires, où les infirmières praticiennes et les médecins de famille se tiennent sur leurs gardes pour éviter qu'on marche sur leurs plates-bandes.

Il existe jusqu'à un certain point un souci de protéger son territoire et cela est devenu dans une certaine mesure un obstacle. Ces connaissances et ces compétences professionnelles approfondies qui ont contribué au succès de notre carrière sont devenues un obstacle. Nous tenons à assurer une plus grande intégration. Il n'existe pas de solution facile, mais c'est certainement possible.

Le sénateur Cook: J'essaie de faire le lien entre l'endroit où je vis et ce que j'ai sous les yeux. Aidez-moi à comprendre.

Les établissements d'enseignement relèvent de votre association. Cela inclut-il les collègues communautaires ou les lieux où une formation est dispensée dans le cadre du système?

Dr Scott: La sphère de compétence de l'association englobe en fait les organisations qui assurent les ressources d'enseignement. Nous ne représentons pas les collègues communautaires ou les universités. Cependant, nos organisations sont les sites de formation. Nous sommes les sites de formation où les collèges communautaires peuvent inscrire certains de leurs étudiants en sciences de la vie ou en sciences de la santé.

For example, in my jurisdiction, radiological technicians are trained in our organization as are laboratory technicians and respiratory therapists. We have affiliation agreements with those colleges for which we operate the training sites but we do not represent them through our association.

Senator Cook: The licensed practical nurse coming out of a community college in my province would not necessarily be represented.

Mr. Lozon: That is correct.

Senator Cook: Are cutbacks in the system the reason that the stresses and barriers in the system causes you to say a review are desirable? How many seats have been taken out of the nursing schools and medical schools due to cutbacks thereby limiting access to education? What kind of impacts has this had on continuing education, workshops and those kinds of things?

What impacts have provincial cutbacks had on education both in continuing education and at the point of entry? Are salaries and the dislike of union agreements stresses within the system?

You are talking about a \$3-billion fund over a three-year period. Would that amount of money address the deficiencies? If we took that money today and used it as has been suggested, where would we be at the end of the third year? Would we be stable or would we need to move on?

Dr. Scott: You have seen some quite dramatic renewal in St. John's with one of our most easterly members; the Memorial Institution.

My own feeling is that it will be different in each centre. That is why the fund is targeted, but is also broad. In other words, what is needed in St. John's will be different than what is needed in Calgary.

St. John's has experienced a remarkable renewal. To say that we need to further renew your major teaching hospital may not be the case. I do not know the St. John's situation well enough to identify the need as perhaps in the area of information systems or research infrastructure. Each centre will have its different needs. For that reason, we think that it should be a collaborative effort.

As has been mentioned concerning Montreal, we operate in buildings that are over 100 years old. We have not seen the renewal of physical structure that you have seen in St. John's, whereas in respect to medical equipment, perhaps we do not have the same challenges. It is different at each facility.

Will all of the needs be satisfied at the end of three years? I doubt that, but the needs would be different then. It is more important to deal with this particular issue and then see where we are in three to five years.

Par exemple, dans ma sphère de compétence, les techniciens en radiologie sont formés dans notre organisation tout comme les techniciens de laboratoire et les inhalothérapeutes. Nous avons conclu des ententes d'affiliation avec les collèges pour lesquels nous exploitons les sites de formation mais notre association ne les représente pas.

Le sénateur Cook: L'infirmière auxiliaire autorisée diplômée d'un collège communautaire dans ma province ne serait pas forcément représentée.

M. Lozon: C'est exact.

Le sénateur Cook: Les compressions dont a fait l'objet le système expliquent-elles le stress et les obstacles qui existent dans le système et qui vous incitent à considérer qu'un examen serait souhaitable? Combien de places ont été éliminées des écoles de sciences infirmières et des écoles de médecine en raison des compressions, ce qui limite par conséquent l'accès à la formation? Quelles répercussions ces compressions ont-elles eues sur la formation permanente, les ateliers et ce genre d'initiatives?

Quelles répercussions les compressions provinciales ont-elles eues sur la formation permanente et au point d'entrée? Les salaires et l'aversion qu'inspirent les conventions collectives représentent-ils des éléments de stress au sein du système?

Vous parlez d'un fonds de 3 milliards de dollars sur trois ans. Ce montant d'argent permettrait-il de combler ces lacunes? Si on utilisait cet argent aujourd'hui comme on l'a proposé, où en serions-nous à la fin de la troisième année? La situation serait-elle stable ou devrions-nous passer à autre chose?

Dr Scott: On a pu constater un renouveau assez spectaculaire à St. John's de la part de l'un de nos membres de l'Est: le Memorial Institution.

Je considère que la situation variera d'un centre à l'autre. C'est pourquoi le fonds est ciblé mais est aussi général. Autrement dit, les besoins à St. John's seront différents de ceux à Calgary.

St. John's a connu un renouveau remarquable. Dire que nous devons renouveler davantage le principal hôpital universitaire de votre région ne correspond peut-être pas à la réalité. Je ne connais pas suffisamment bien la situation à St. John's pour déterminer que les besoins se situent peut-être dans le domaine des systèmes d'information ou de l'infrastructure de recherche. Les besoins seront différents pour chaque centre. C'est pourquoi nous estimons qu'il devrait s'agir d'un effort de collaboration.

Comme on l'a mentionné à propos de Montréal, nous travaillons dans des bâtiments qui ont plus de 100 ans. La structure physique de ces bâtiments n'a pas été restaurée comme cela a été le cas à St. John's, tandis qu'en ce qui concerne l'équipement médical, nous n'avons peut-être pas à faire face aux mêmes défis. La situation varie d'un établissement à l'autre.

Est-ce qu'on aura répondu à tous les besoins au bout de trois ans? J'en doute, mais à ce moment-là les besoins seraient différents. Il est plus important de s'occuper de cette question en particulier, puis de voir où nous en serons dans trois à cinq ans.

Senator Cook: I would say that the needs could be manageable if we turned this around with an infusion of money for a three-year period.

Give me some idea of what that ideal model would look like. I know I cannot have a national model because in a country as diverse as ours, there will be different models for, as we say at home, "different strokes or different folks."

I need to know what a model could look like. I could be cynical about the collaboration, but somewhere in this, accountability has to factor in. Whatever the model may be, and I hope you will help me with that vision; it is the accountability that ensures excellence in that model.

Mr. Lozon: I do not think I have as well-defined an answer as you would like to have. Allow me to free associate for a moment.

If you were to resonate with the notion of a national fund to support, on a time-limited basis, targeted activities in academic health sciences centres, I would envision a three-party arrangement with the federal government, the provincial government and the actual recipients at the table together. As Dr. Scott would say, the existing needs in Montreal are different from the existing needs in Vancouver.

You could not do one only; you would have to do one for each central location. There could be one done for Ontario and there could be one done for Quebec, as well.

I envision a three-party forum with the fund provider: the provincial government. We must be practical about this. The provincial governments will have some questions about this. One of their questions will be about what happens after this has been done for three years. That is why it is better to tie it to projects, as opposed to tying it to ongoing activities because at the end of the day, the provinces will be left holding the bag. I have been an employee at Queen's Park so I know that particular issue is at the forefront of the mind of the senior political servants.

That would be one model and it requires that the provinces, the federal government and the recipients sit down at the same table to work out where the money would be spent, what the right accountability mechanisms would be and how you would know you have reached them.

Senator Cook: You could see it happening province by province and there would be no national overtones?

Licenses in Canada for medical people are not portable. Each province demands different standards of the people who work in their discipline. Is there any hope that we could have a national standard with licensing? I see the existing policy as a barrier, given that Newfoundland nurses find many jobs in Texas, for example.

Dr. Scott: It will vary profession by profession. I spent a certain amount of time throughout my career involved with para-licensing activities, as far as physicians are concerned. We

Le sénateur Cook: Je dirais que les besoins seraient gérables si nous renversions la situation grâce à une injection de fonds pour une période de trois ans.

Donnez-moi une idée de ce à quoi ressemblerait ce modèle idéal. Je sais qu'il est impossible d'avoir un modèle national dans un pays aussi diversifié que le nôtre, que les modèles varieront car, comme nous le disons chez nous, «chacun sa façon».

Je tiens à savoir à quoi ressemblerait un modèle. Je pourrais être cynique à propos de la collaboration, mais il faut prévoir l'obligation de rendre compte. Quel que soit le modèle adopté, et j'espère que vous m'aidez à me le représenter, c'est l'obligation de rendre compte qui assure l'excellence dans le cadre d'un tel modèle.

M. Lozon: Je ne crois pas avoir une réponse aussi bien définie que celle que vous souhaiteriez. Permettez-moi de faire des associations libres pendant un instant.

Si on optait pour la notion d'un fonds national destiné à appuyer, de façon limitée dans le temps, des activités ciblées dans les centres de santé universitaires, j'envisagerais un arrangement tripartite qui réunirait le gouvernement fédéral, le gouvernement provincial et les destinataires. Comme le dirait le Dr Scott, les besoins qui existent à Montréal diffèrent de ceux qui existent à Vancouver.

Il ne s'agirait pas d'un modèle unique; il faudrait qu'il y en ait un pour chaque endroit central. Il pourrait y en avoir un pour l'Ontario et un pour le Québec, également.

J'envisage une tribune tripartite avec le fournisseur de fonds: le gouvernement provincial. Nous devons faire preuve de sens pratique. Les gouvernements provinciaux auront des questions à ce sujet. L'une de leurs questions concernera ce qui se produira après trois ans. C'est la raison pour laquelle il est préférable de lier ce financement à des projets plutôt qu'à des activités permanentes parce qu'en bout de ligne ce seront les provinces qui paieront les pots cassés. J'ai travaillé à Queen's Park, donc je sais que c'est une question qui préoccupe beaucoup les hauts fonctionnaires.

Ce serait un modèle qui obligerait les provinces, le gouvernement fédéral et les bénéficiaires à se réunir pour déterminer où les fonds seraient affectés, quels seraient les mécanismes appropriés de reddition de comptes et quels seraient les moyens susceptibles de déterminer si on a obtenu les résultats voulus.

Le sénateur Cook: Cela se ferait donc au niveau provincial et il n'y aurait aucun élément national?

Au Canada, les licences de médecine ne sont pas transférables. Chaque province exige des normes différentes des personnes qui travaillent dans leur discipline. Peut-on espérer avoir une norme nationale au niveau de l'octroi de licences? Je considère que la politique actuelle constitue un obstacle, compte tenu du fait que les infirmières de Terre-Neuve trouvent de nombreux emplois au Texas, par exemple.

Dr Scott: Cela variera d'une profession à l'autre. J'ai passé un certain temps tout au long de ma carrière à m'occuper d'activités qui entourent l'octroi de licences de médecine. Ces licences sont

are more portable today than we have been in 100 years. Progress is possible. We still have some portability issues, but they are mainly non-Canadians who come into the system and face much greater interprovincial variability. However, the Medical Council of Canada has been a success story. In terms of specialist criteria, Quebec is more integrated with the rest of the country than it has been for a long time.

In many areas we see a waxing and waning; we make progress in one area and then experience a little slippage in another area. As far as medical people are concerned, it ties into the earlier question of inter-professional barriers or "turf protection." That is diminishing, as you would expect in these times of shortage.

When there is a surplus of people, the barriers go up because there is not enough work to go around. Now, there is enough work for everyone and people are anxious to have a hand in it.

At my institution, we have fewer internal barriers than ever before in the past forty years of my experience, mainly because the oncologists are delighted that somebody else wants to see some of their patients. They are not trying to hold on to them because they have so many and there is so much demand. General internists and family physicians are seeing oncology patients, and the oncologists think that is just terrific. Fifteen years ago, they preferred to hold on to their patients.

Senator Cook: What caused the shortage?

Dr. Scott: I have a personal opinion that it was a planned shortage. We made major cutbacks in the early 1900s. I have said before, and I can back this up,

The only place in the Western world where it was harder to get into medical school than Canada was Albania in 1995.

We cut back to the lowest number of entries in medical schools in the Western world. It was a conscious decision that was a display of federal-provincial cooperation that has rarely been seen in this country.

Senator Morin: We also followed the advice of experts.

Dr. Scott: We did, but not the advice of all the experts. There were a few of them who gave contrary advice but were not listened to.

Mr. Lozon: The experts would say that you did not follow their advice; that you only followed one-half of the advice. I am not defending them but I am —

Senator Morin: I read that report recently.

Mr. Lozon: That would be their view. I would agree that it was a planned shortage and I would say that it was undertaken in the context of difficult provincial financing situations. Basically, the provinces saw physicians, for example, as cost centres. Every

plus transférables aujourd'hui qu'elles ne l'étaient il y a cent ans. Des progrès sont possibles. Nous avons encore certains problèmes de transférabilité, mais il s'agit principalement de non-Canadiens qui arrivent dans le système et doivent faire face aux très importantes variations qui existent d'une province à l'autre. Cependant, le Conseil médical du Canada est un exemple à suivre. Pour ce qui est des critères régissant les spécialistes, le Québec est mieux intégré au reste du pays qu'il ne l'a été pendant longtemps.

Dans bien des domaines, la situation fluctue; nous réalisons des progrès dans un domaine puis nous connaissons un léger recul dans un autre. En ce qui concerne les médecins, cela se rattache à la question abordée plus tôt des obstacles qui existent entre les professions ou de la «protection du territoire». Ce phénomène est moins répandu comme on peut s'y attendre lorsqu'il y a pénurie.

Lorsqu'il y a un excédent d'employés, les obstacles surgissent parce qu'il n'y a pas suffisamment de travail pour tout le monde. Maintenant, il y a suffisamment de travail pour tout le monde et les gens tiennent à mettre la main à la pâte.

Dans mon établissement, nous avons moins d'obstacles internes aujourd'hui qu'au cours des 40 dernières années de mon expérience, principalement parce que les oncologues sont ravis que quelqu'un d'autre veuille voir certains de leurs patients. Ils n'essaient pas de se cramponner à leurs patients parce qu'ils en ont tellement et que la demande est tellement élevée. Les internistes généraux et les médecins de famille reçoivent des patients en oncologie, et les oncologues trouvent cela formidable. Il y a 15 ans, ils préféraient garder leurs patients.

Le sénateur Cook: Quelle a été la cause de la pénurie?

Dr. Scott: Je crois personnellement que cette pénurie était planifiée. Nous avons apporté d'importantes compressions au début des années 90. Je l'ai déjà dit, et je m'appuie sur des faits,

Le seul endroit en Occident où il était plus difficile d'entrer à l'école de médecine qu'au Canada, c'était en Albanie en 1995.

Nous avons réduit le nombre d'inscriptions aux écoles de médecine au point où nous affichons le taux le plus faible en Occident. Il s'agissait d'une décision délibérée qui témoignait d'une coopération fédérale-provinciale rarement observée dans ce pays.

Le sénateur Morin: Nous avons également suivi les conseils d'experts.

Dr. Scott: Oui, mais pas les conseils de tous les experts. Certains ont exprimé un avis différent mais n'ont pas été écoutés.

M. Lozon: Les experts diraient que vous n'avez pas suivi leurs conseils, que vous n'avez suivi que la moitié de leurs conseils. Je ne tiens pas à les défendre, mais je...

Le sénateur Morin: J'ai récemment lu ce rapport.

M. Lozon: Ce serait leur opinion. Je dirais moi aussi qu'il s'agissait d'une pénurie planifiée qui est intervenue dans le cadre de situations financières difficiles au niveau provincial. Essentiellement, les provinces ont considéré les médecins, par

physician will set up a practice and see patients and generate income. However, the patients pay for the billings through the plans. As Dr. Scott said, it was a conscious effort to change the trajectory of doctor-population ratios. It was, if you had listened to the experts, partially implemented. Clearly, it was taken on a short-term rather than on a long-term perspective.

Mr. Brimacombe: Concerning the question of the models, we are not recommending a specific one to you. You have heard a description of one model from Mr. Lozon. From a principle point of view, you would want the model to be accountable, transparent, focussed, flexible and targeted. Hopefully, from that founding principle, it would lead to a model in a practical sense. Earlier on in our conversation, we talked about the Health Transition Fund in terms of the way that it has worked in the past. There are different kinds of options. From what principles to you want to begin in order to have this fund move forward so that we can build upwards?

Senator Cook: I want to see federal accountability as the first principle. When you talk about areas of excellence, the nursing profession is still at risk in this context, and I would like to see something stable in that area.

I certainly want to see accountability, however that is accomplished. After that, I think the other elements would flow naturally.

Mr. Lozon: What we are proposing is not new. It is not the first time that this has occurred. In 1948, the National Health Grants Program funded the building of many hospitals that we are now thinking of replacing. In the early 1960s, medical schools such as Memorial and in Calgary were created as a result of a federal initiative. You can look back with some pride at a federal level in terms of some of those major initiatives.

Senator Cook: This is a personal comment. I believe the system worked collaboratively in the 1980s and 1990s to bring in a new program for the nursing profession. We amalgamated the schools. I see government cutbacks as having the greatest impact on our desire for excellence. Each time we achieved excellence and efficiencies in the system, we were faced with yet another cutback. That is unfortunate. I would like to see in the model that it does not happen again.

Senator Callbeck: Senator Cook asked a question about your association. I want to ask a question about its membership.

At the back of the brief you submitted, there are a couple of pages listing the members. Nine provinces are represented. The only province not represented is my province of Prince Edward Island.

exemple, comme des centres de coûts. Chaque médecin établira son cabinet, recevra des patients et produira un revenu. Cependant, les patients paient leurs factures par l'intermédiaire des régimes. Comme l'a indiqué le Dr Scott, il s'agissait d'un effort délibéré pour modifier la trajectoire des ratios entre médecins et population. Selon les experts, cela a été partiellement mis en oeuvre. De toute évidence, on a opté pour une perspective à court terme plutôt qu'à long terme.

M. Brimacombe: En ce qui concerne la question des modèles, nous ne vous en recommandons pas un en particulier. Vous avez entendu une description d'un modèle de M. Lozon. Sur le plan des principes, ce modèle doit être responsable, transparent, ciblé et souple. On peut espérer qu'en fonction de ces principes fondateurs, on obtiendra un modèle pratique. Plus tôt au cours de notre conversation, nous avons parlé de la façon dont fonctionnait par le passé le Fonds pour l'adaptation des services de santé. Il existe différentes options. Quels sont les principes que vous voulez mettre en place pour que ce fonds nous permette d'améliorer la situation?

Le sénateur Cook: Je considère que le premier principe à adopter est l'obligation de rendre compte du gouvernement fédéral. Lorsque vous parlez de secteurs d'excellence, la profession infirmière est toujours compromise dans ce contexte, et j'aimerais qu'on rétablisse la stabilité dans ce secteur.

Je tiens certainement à ce que l'on assure l'obligation de rendre compte, quelle que soit la façon dont on y parviendra. Ensuite, je crois que les autres éléments en découleront naturellement.

M. Lozon: Ce que nous proposons n'est pas nouveau. Ce n'est pas la première fois que cela se produit. En 1948, le Programme national des subventions pour la santé a financé la construction de nombreux hôpitaux que nous songeons maintenant à remplacer. Au début des années 60, des écoles de médecine comme Memorial et celle de Calgary ont été créées à la suite d'une initiative fédérale. On peut tirer une certaine fierté des principales initiatives prises par le gouvernement fédéral par le passé.

Le sénateur Cook: Il s'agit d'une observation personnelle. Je crois que le système a fonctionné dans un esprit de collaboration au cours des années 80 à 90 afin d'établir un nouveau programme pour la profession infirmière. Nous avons fusionné les écoles. Je considère que les compressions gouvernementales ont influé le plus sur notre souci d'excellence. Chaque fois que nous avons atteint l'excellence et réalisé des économies dans le système, nous avons dû faire face à davantage de compressions. C'est malheureux. J'aimerais que ce modèle fasse en sorte que ce genre de situation ne se reproduise plus.

Le sénateur Callbeck: Le sénateur Cook a posé une question à propos de votre association. J'aimerais poser une question à propos de ses membres.

À la fin du mémoire que vous avez présenté, il y a plusieurs pages qui dressent la liste des membres. Neuf provinces sont représentées. La seule qui ne l'est pas est ma province, l'Île-du-Prince-Édouard.

You say you represent teaching and health research sites for Canada's health care professionals including the faculties of medicine, faculties of health, and nursing. We have a nursing school at the University of Prince Edward Island. I wonder why there is not any representation from Prince Edward Island.

Mr. Lozon: Historically, senator, the relationship of an academic health sciences centre is principally, although not exclusively, defined by its relationship with the medical school. If you look at the work that, for example, Dr. Duncan Sinclair has done in the past, and some of the more recent scholarly publications on this academic health sciences centre notion, the one defining characteristic of an academic health sciences centre is the relationship between the care-giving facilities and the training of medical students in the medical school.

There are many sites outside our membership that provide training sites for nursing. In fact, there are many sites that provide training sites for physicians, but they are not fully affiliated with the university medical school.

Senator Callbeck: Is it not at all associated with the medical school at Dalhousie?

Mr. Lozon: I am not sure if the University of Prince Edward Island nursing school is associated with the University of Dalhousie or not. I do not know.

Senator Callbeck: Is that the reason?

Dr. Scott: That is the reason.

Senator Callbeck: Mr. Lozon, when you were here the last time, you mentioned that when the committee is preparing its report, it would be a good idea if we prioritized what we feel should be done to sustain and improve our health care system. No doubt you have read our last report, the fifth that includes 20 recommendations. I would like you to elaborate on how you would prioritize the various areas that we are looking at.

Mr. Lozon: That is a hard question. However, I have a couple of observations. First, the committee has really focused on the federal role. One of the key things the committee will need to think about from a prioritization perspective is: Where can the federal role be most impactful? Where can it be most legitimately executed? I have personal observations about that, but they are only personal.

One criterion should be: Where is the federal role most likely to be successful? If you are talking about an expanded federal role, you want it to work.

Beyond that, I would have to give it more thought to give you a full answer about how you would prioritize the 20 recommendations.

Vous dites que vous représentez les établissements d'enseignement et de recherche en santé à l'intention des professionnels des soins de santé du Canada, y compris les facultés de médecine, les facultés de sciences de la santé et de sciences infirmières. Nous avons une école d'infirmières à l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard. Je me demande pourquoi l'Île-du-Prince-Édouard n'est pas représentée.

M. Lozon: Historiquement, sénateur, les relations d'un centre de santé universitaire sont définies principalement, mais non exclusivement, par ses relations avec l'école de médecine. Si vous examinez les travaux effectués, par exemple, par le Dr Duncan Sinclair par le passé et certaines des publications érudites plus récentes sur cette notion de centre de santé universitaire, la principale caractéristique d'un tel centre est la relation qui existe entre les établissements de prestation de soins et la formation des étudiants en médecine à l'école de médecine.

Il existe de nombreux établissements qui ne font pas partie de notre association, qui assurent une formation aux infirmières. En fait, il existe de nombreux établissements qui assurent une formation aux médecins mais qui ne sont pas entièrement affiliés aux écoles de médecine universitaires.

Le sénateur Callbeck: N'est-elle pas du tout associée à l'école de médecine de Dalhousie?

M. Lozon: Je ne suis pas sûr si l'école de sciences infirmières de l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard est associée ou non à l'Université de Dalhousie. Je l'ignore.

Le sénateur Callbeck: Est-ce la raison?

Dr Scott: C'est la raison.

Le sénateur Callbeck: Monsieur Lozon, lorsque vous étiez ici la dernière fois, vous avez mentionné que lorsque le comité préparera son rapport, il serait bon que nous établissions la priorité des mesures qui devraient être prises, à notre avis, pour soutenir et améliorer notre système de soins de santé. Vous avez sans aucun doute lu notre dernier rapport, le cinquième qui renferme 20 recommandations. J'aimerais que vous nous donniez plus de précisions sur la façon dont vous établiriez la priorité des divers secteurs que nous examinons.

M. Lozon: C'est une question difficile. J'aimerais toutefois faire certaines observations. Tout d'abord, le comité a vraiment mis l'accent sur le rôle du gouvernement fédéral. L'un des principaux aspects auxquels doit songer le comité sur le plan de l'établissement des priorités est le suivant: dans quels secteurs le gouvernement fédéral peut-il jouer le rôle le plus utile? Dans quels secteurs peut-il exercer ce rôle de la façon la plus légitime? J'ai des observations personnelles à ce sujet mais elles ne sont que personnelles.

Parmi les critères envisagés, il faudrait se demander dans quels secteurs le gouvernement fédéral serait le plus susceptible de jouer un rôle efficace. Si vous envisagez d'élargir le rôle du gouvernement fédéral, vous voulez qu'il soit efficace.

Au-delà de cela, il faudrait que je réfléchisse davantage à la question pour pouvoir vous donner une réponse complète sur la façon d'établir la priorité des 20 recommandations.

Senator Cook: I noticed, too, with interest that in Newfoundland Mr. Tilly is a member of your association. I do not see Memorial University or Grenville College as part of your association. Given the fact that the centre for nursing studies is an accredited program with two exits, and one of these exits is directly into the school of nursing at Memorial, would it not be desirable to have representation from the universities as part of the association? Or is there some reason for the situation?

Mr. Lozon: The reasons are historic. We are not synonymous with the national body, the Association of Universities and Colleges of Canada. The AUCC is a different membership. They are the universities and they have different activities. We represent the care-giving organizations associated with universities as opposed to the universities themselves.

Mr. Brimacombe: Given the fact that all provinces are regionalized, with the exception of Ontario, what you have in many respects are the regional health authorities now that have the overarching responsibility. That is why in the case of Newfoundland you have the health care corporation and not the recognized, if you will, sub-components that are now under the umbrella of the regional health authority. The same applies if you look at the Province of Alberta where we do not have a specific university but we have the Calgary Health Region and the Capital Health Region. It is under the rubric of the fact that we have reconfigured the overall structure of the system within a regionalized governance system.

Senator Cook: I understand that. I am speaking from a continuing education perspective. A representative of the centre for nursing studies sits as a member of your association. When a nurse practitioner moves on, they move into the university to get that continuing education to make up what we call centres of excellence. I see that as a gap concerning continuing education. The centre for nursing studies is offering a three-year accredited program for nursing students. The next step is an exit choice to go to the next level of excellence in continuing education.

As we deal with the collaborative programs we offer, I hope that we will be sitting at the same table.

Senator Morin: I return to the Chair's recommendation that we receive from you a more detailed presentation of how you see this fund being spent. I think we have agreed it should be based on your organization's mandate concerning manpower training, research, innovation and networking.

It is important for us to have more details on how you intend to spend the money. I realize that the needs are different from one province to the other. It is very important that we get this information from you soon as we will be working during the summer. We do need more detailed information from you.

Mr. Lozon: Agreed.

Le sénateur Cook: J'ai aussi remarqué avec intérêt qu'à Terre-Neuve, M. Tilly est membre de votre association. Ni l'université Memorial ni le collège Grenville ne semblent faire partie de votre association. Étant donné que le centre des études infirmières est un programme agréé qui offre deux possibilités dont l'une est d'entrer directement à l'école de sciences infirmières à Memorial, ne serait-il pas souhaitable que les universités soient représentées au sein de l'association? Ou existe-t-il une explication pour cet état de choses?

M. Lozon: Les raisons sont historiques. Nous ne sommes pas semblables à l'organisme national, l'Association des universités et collèges du Canada. Les membres de cette association sont différents. Il s'agit des universités et elles ont différentes activités. Nous représentons les organisations dispensatrices de soins associées aux universités plutôt que les universités mêmes.

M. Brimacombe: Étant donné que toutes les provinces sont régionalisées, à l'exception de l'Ontario, à bien des égards ce sont désormais les instances régionales de la santé qui assument la responsabilité générale. C'est pourquoi, dans le cas de Terre-Neuve, vous avez la corporation des soins de santé et non les sous-éléments reconnus, si vous préférez, qui relèvent désormais de l'instance régionale de la santé. La même situation s'applique dans le cas de l'Alberta où nous n'avons pas d'université en particulier, mais la Calgary Health Region et la Capital Health Region. C'est parce que nous avons remanié la structure générale du système au sein d'un système d'administration régionalisée.

Le sénateur Cook: Je comprends. Je parle dans une perspective de formation permanente. Un représentant du centre d'études infirmières fait partie de votre association. Lorsque les infirmières praticiennes quittent le centre, elles vont à l'université pour suivre la formation permanente qui représente ce que nous désignons les centres d'excellence. Je considère qu'il s'agit d'une lacune en matière de formation permanente. Le centre d'études infirmières offre un programme agréé de trois ans pour les étudiants en sciences infirmières. La prochaine étape permet de passer au niveau suivant d'excellence dans le cadre de la formation permanente.

Lorsque nous traiterons des programmes coopératifs que nous offrons, j'espère que nous siégerons à la même table.

Le sénateur Morin: Je reviens à la recommandation du président selon laquelle nous aimerions recevoir de votre part une présentation plus détaillée sur l'utilisation que vous envisagez faire de ce fonds. Je crois que nous avons convenu qu'elle devrait se baser sur le mandat de votre organisation concernant la formation de la main-d'oeuvre, la recherche, l'innovation et le réseautage.

Il est important que nous ayons plus de précisions sur la façon dont vous entendez dépenser cet argent. Je suis conscient que les besoins diffèrent d'une province à l'autre. Il est très important que nous obtenions rapidement ces renseignements de votre part étant donné que nous travaillerons pendant l'été. Nous avons vraiment besoin de plus de précisions de votre part.

M. Lozon: Entendu.

The Deputy Chairman: Any other comments from our witnesses? It is my pleasure to thank you gentlemen for appearing before us. It was compelling testimony.

Honourable senators, we will begin our next session. I welcome our next witness Mr. Brian Ferguson. As you know, we are now in the costing phase of our study. Mr. Ferguson, please begin.

Mr. Bryan Ferguson, Partner, Applied Management: It is a pleasure to be back with you again sharing ideas regarding insurance for prescription medicines. There is a lot to cover in the time available, so I have chosen to organize my presentation according to the specific questions you sent me. I hope there will be enough time to address your specific questions following that.

The area of coverage for prescription drugs is complex and made all the more so by the number of organizations and programs involved. When you consider there are 30 million people in the country and most of us have some form of coverage, the reasons for this complexity are understandable.

You asked if I could provide a broad overview of current prescription drug coverage for Canadians?

Before answering the question, I want to address the word "coverage." It is tempting to think that someone who has "coverage" has some portion of their drug costs paid for by an insurance company or a government plan. However, there are many Canadians with coverage who pay the full cost of all their drugs themselves and only receive a financial contribution from their insurer or their government if their costs are very high. That is why in Saskatchewan, over a third of the residents reported on the federal government's National Population Health Survey that they do not have coverage. Saskatchewan covers all residents but with a deductible that amounts to 3.4 per cent of income for a non-senior family.

Similarly, a person with coverage may require a specific drug. However, if this is not listed on the formulary or the drug list of the payer, they receive no reimbursement. There are many examples of this, and the lists vary a lot between provinces and across different types of plans.

With these caveats in mind, here is the situation in Canada. By the strictest definition of "coverage," 97 per cent of Canadians do have coverage, meaning that if their costs are high enough and if they require a drug that is on the payer's list, at some point they will get some reimbursement.

As we showed in the Health Canada study I reported on last time, someone who has already spent \$49,000 this year on drugs on the provincial government drug list could expect full

Le vice-président: Y a-t-il d'autres commentaires de la part de nos témoins? J'ai le plaisir de vous remercier, messieurs, d'avoir comparu devant nous. Vos témoignages ont été des plus intéressants.

Chers collègues, nous allons entamer notre prochaine séance. Je tiens à souhaiter la bienvenue à notre prochain témoin, M. Bryan Ferguson. Comme vous le savez, nous sommes arrivés à l'étape de notre étude qui porte sur l'établissement des coûts. Si vous voulez bien commencer, monsieur Ferguson.

M. Bryan Ferguson, associé, Applied Management: Je suis très heureux d'être de retour parmi vous pour discuter de l'assurance des médicaments de prescription. Comme il y a beaucoup de matière à aborder dans le temps qui m'est alloué, j'ai décidé d'organiser ma présentation selon les questions précises que vous m'avez envoyées. J'espère qu'il y aura suffisamment de temps par la suite pour répondre à vos questions.

Le domaine de l'assurance des médicaments de prescription est complexe et le devient encore plus compte tenu du nombre d'organisations et de programmes qui s'en occupent. Quand on considère qu'il y a 30 millions de personnes au pays et que la plupart d'entre nous ont une forme quelconque d'assurance, on comprend pourquoi ce domaine est complexe.

Vous avez demandé si je pouvais vous donner un aperçu général de l'assurance des médicaments de prescription qui existe à l'heure actuelle pour les Canadiens?

Avant de répondre à cette question, j'aimerais parler du terme «assurance». On serait porté à croire qu'une personne qui est assurée se voit rembourser une partie du coût de ses médicaments par une société d'assurance ou un régime gouvernemental. Cependant, il y a de nombreux Canadiens assurés qui assument la totalité des coûts de leurs médicaments eux-mêmes et ne reçoivent une contribution financière de la part leur assureur ou de leur gouvernement que si leurs coûts sont très élevés. C'est la raison pour laquelle en Saskatchewan, plus du tiers des résidents ont indiqué dans le cadre de l'enquête nationale sur la santé de la population, effectuée par le gouvernement fédéral, qu'ils n'avaient pas d'assurance. La Saskatchewan assure tous les résidents mais prévoit une franchise qui représente 3,4 p. 100 du revenu d'une famille qui ne compte pas de personnes âgées.

De même, une personne assurée peut avoir besoin d'un médicament particulier. Cependant, si ce médicament ne figure pas sur le formulaire ou la liste des médicaments du payeur, elle ne recevra aucun remboursement. Il existe de nombreux exemples de cas de genre, et les listes varient énormément d'une province et d'un régime à l'autre.

Compte tenu de ces avertissements, voici la situation qui existe au Canada. Selon la définition la plus stricte d'assurance, 90 p. 100 des Canadiens sont assurés, ce qui signifie que si leurs coûts sont suffisamment élevés et s'ils ont besoin d'un médicament inscrit sur la liste du payeur, ils recevront un remboursement à un certain moment.

Comme nous l'avons indiqué dans l'étude de Santé Canada dont je vous ai fait rapport la dernière fois, une personne qui a déjà dépensé 49 000 \$ cette année pour des médicaments inscrits

reimbursement for the next \$1,000 in all provinces except New Brunswick, Nova Scotia, Prince Edward Island, and Newfoundland and Labrador. However, for someone who only spent \$999, 10 per cent of the population would have no reimbursement at all from a drug plan, with this number ranging between zero in B.C., 18 per cent in Ontario, and 22 per cent to 24 per cent in Atlantic Canada.

Of the approximately 30 million people in Canada, 16 million to 17 million have private plan coverage only. This is primarily the working population who have insurance through their employer for themselves and their dependents. Nine million to 10 million have coverage only from their provincial plan. This would be primarily seniors, individuals on social assistance, and people in provinces that provide universal coverage and have no other type of insurance. Approximately 700,000 have coverage from NIHB, the non-insured health benefits program, the federal program for native Canadians. Approximately one and a half million have dual coverage, which is usually a private retiree plan that supplements a provincial government plan, but there are many other variations here as well. As I mentioned before, 800,000 have no coverage of any kind.

You asked: How would you define catastrophic drug costs? People face catastrophic drug costs for two reasons. First, because they need expensive medicines that their public or private insurer does not cover, or where they have exceeded maximums allowed in their drug plans. These individuals are usually suffering from very debilitating diseases such as multiple sclerosis, rheumatoid arthritis, or HIV/AIDS, for example. One definition could be drugs that cost more than, for example, \$3,000 per year, which insurance plans do not reimburse. I stress that is an arbitrary number. It is one way of addressing this particular issue of individuals who are facing extremely high drug costs because of their medical conditions.

We can look at an individual's annual drug expenses to see the second reason. In this instance the expenses represent a disproportionately high share of their net income. The most recent annual report of CIHI indicates that people in the lowest income bracket in Canada spend 3.9 per cent of their net income on health expenses, and those in the top income group spend 2.6 per cent.

When you realize that drugs are only one component of health spending, it seems reasonable to think of drug expenses in excess of 4 per cent or 5 per cent of net income as catastrophic. The number could be even lower and still represent a serious financial burden to an individual.

sur la liste de médicaments du gouvernement provincial peut s'attendre à un remboursement complet pour les prochains 1 000 \$ dans toutes les provinces sauf au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard, à Terre-Neuve et au Labrador. Cependant, dans le cas d'une personne qui n'a dépensé que 999 \$, 10 p. 100 de la population ne recevrait absolument aucun remboursement de la part d'un régime d'assurance-médicaments, tandis qu'en Colombie-Britannique, ce pourcentage serait de zéro, en Ontario il serait de 18 p. 100, et dans la région atlantique du Canada il se situerait entre 22 et 24 p. 100.

Sur environ 30 millions de Canadiens, 16 à 17 millions n'ont qu'un régime privé d'assurance-médicaments. Ce sont essentiellement des travailleurs qui sont assurés par l'intermédiaire de leur employeur pour eux-mêmes et leurs personnes à charge. Neuf à 10 millions de Canadiens ne sont assurés que par leur régime provincial. Ce sont essentiellement des personnes âgées, des assistés sociaux et des habitants des provinces où la couverture est universelle et qui n'ont pas d'autres assurances. On compte environ 700 000 Canadiens qui bénéficient de services de santé non assurés, c'est-à-dire du programme fédéral pour les Autochtones. Un million et demi de Canadiens ont une double couverture, généralement un régime privé pour retraités qui complète le régime provincial, mais on note également d'autres variantes. Comme je l'ai dit, 800 000 Canadiens n'ont aucune assurance-médicaments.

Vous nous demandez comment définir des coûts catastrophiques des médicaments. Ces coûts peuvent être catastrophiques pour deux raisons. Tout d'abord, pour les personnes qui ont besoin de médicaments coûteux que leur assurance privée ou publique ne couvre pas, ou qui ont dépassé le maximum autorisé par leur régime d'assurance-médicaments. Généralement, ces personnes sont atteintes de maladies très débilitantes comme la sclérose en plaques, l'arthrite rhumatoïde ou le VIH/sida, par exemple. On pourrait considérer les médicaments qui coûtent plus de 3 000 \$ par an et que les régimes d'assurance ne remboursent pas. Je précise qu'il s'agit là d'un chiffre arbitraire. On peut donc aborder ainsi cette question en parlant des personnes qui font face à un budget de médicaments extrêmement élevé à cause de leur état de santé.

On peut aussi considérer le budget annuel des médicaments d'une personne pour y trouver le deuxième motif. Dans le cas présent, ces dépenses représentent une part proportionnellement très élevée du revenu net. D'après le rapport annuel le plus récent de l'ICIS, les personnes situées dans la tranche de revenu la plus basse au Canada consacrent 3,9 p. 100 de leur revenu net aux dépenses de santé, tandis que dans la tranche la plus élevée, la proportion est de 2,6 p. 100.

Quand on sait que les médicaments ne sont que l'une des composantes des dépenses de santé, on peut raisonnablement considérer que des dépenses de médicaments qui dépassent 4 ou 5 p. 100 du revenu net sont catastrophiques. Même à un niveau inférieur, ce budget peut néanmoins représenter un fardeau financier considérable dans les finances personnelles.

All of the public plans in the country outside of Atlantic Canada, with the exception of the federal NIHB and Veterans Affairs programs, have taken a "catastrophic coverage" approach, essentially dealing with the burden of costs to patients in the second category. While not called "catastrophic," these plans are designed to limit an individual's exposure when they face high drug costs relative to income. However, they do not pay for much below that level, except in special cases such as seniors or social assistance recipients. While some provinces simply have high deductibles, others use a combination of premiums, co-payments and deductibles. They all limit out-of-pocket expenses for drugs at somewhere between 2 per cent and 6 per cent of net income, assuming again that all of the drugs making up this expense are on the government formulary.

If you look at the graphs at the end of this document, you will see what I mean.

The first graph shows a situation for a family with \$25,000 of net income and how much they would pay as a proportion of income for different levels of drug costs. The second graph shows the same information for a family with \$50,000 net income. The diagonal line going from the bottom left-hand corner to the top right-hand corner shows the actual out-of-pocket cost to individuals in those provinces are exactly what their actual drug costs were. In other words, there is no point at which they receive any assistance from the government.

Where the curves start to bend shows the implications of government policy as they try to keep the cost burden from going above a certain level. Somewhere in the vicinity of 2 per cent to 5 per cent, depending on the income level of the individual, you see the lines start to flatten out in the different provinces.

Senator Fairbairn: What do the dashes mean with Ontario and Manitoba?

Mr. Ferguson: The dashes are only there to indicate different provinces so you can distinguish between the lines.

Senator Pepin: Where is Quebec in all this?

Mr. Ferguson: Quebec is around the middle. For relatively low-income families, Quebec comes in about the middle of all of the provinces in terms of the out-of-pocket impact. For higher income families, they are at the top of the provinces that are intervening in this way.

The third question you asked was: Who has catastrophic drug coverage and who does not?

Let us deal with those who do not.

The first group are people everywhere in Canada, who spend more than 5 per cent of their income on drugs that are not listed on a provincial or private formulary, or whose drug expenses exceed the maximums established for their plan. I have not seen any data on the size of this group, but there probably would not be more than a few thousand in the whole country. Again, as I

Tous les régimes publics en dehors du Canada atlantique, à l'exception des SSNA et des programmes du ministère des Affaires des anciens combattants, ont opté pour la formule de la «couverture catastrophique» qui tient essentiellement compte du fardeau financier pour les patients de la deuxième catégorie. Bien que non qualifiés de «catastrophiques», ces régimes sont conçus pour limiter les montants à payer lorsque le coût des médicaments prend une place importante dans le revenu. Cependant, ils ne descendent guère en dessous de ce niveau, sauf dans des cas particuliers, comme les personnes âgées ou les assistés sociaux. Certaines provinces imposent une franchise élevée, d'autres combinent les primes, la participation aux paiements et les franchises. Tous ces régimes limitent les dépenses personnelles en médicaments à un montant représentant de 2 à 6 p. 100 du revenu net, étant entendu que tous les médicaments correspondant à ces dépenses figurent au formulaire du gouvernement.

Si vous regardez les graphiques présentés à la fin de ce document, vous verrez ce que je veux dire.

Le premier graphique montre la situation d'une famille dont le revenu net est de 25 000 \$ et la proportion du revenu qui est consacrée à différents niveaux de coût de médicaments. Le deuxième graphique donne la même information pour une famille dont le revenu net est de 50 000 \$. La diagonale qui relie le coin inférieur gauche au coin supérieur droit montre que les déboursés réels des personnes vivant dans les provinces considérées correspondent exactement au coût réel des médicaments. Autrement dit, ces personnes ne reçoivent jamais d'aide du gouvernement.

À l'endroit où la courbe s'infléchit, on voit les effets de l'intervention du gouvernement qui essaie d'empêcher que le fardeau du coût des médicaments ne dépasse un certain niveau. Aux environs de 2 à 5 p. 100, selon le niveau de revenu individuel, on voit que les lignes s'aplatissent dans les différentes provinces.

Le sénateur Fairbairn: Que signifient les barres obliques de l'Ontario et du Manitoba?

M. Ferguson: Elles indiquent différentes provinces, afin qu'on puisse faire une distinction entre les lignes.

Le sénateur Pépin: Où se trouve le Québec là-dedans?

M. Ferguson: À peu près au milieu. Pour les familles à revenu relativement modeste, le Québec se situe au milieu de l'ensemble des provinces en ce qui concerne l'effet des déboursés. Pour les familles à revenu plus élevé, elles se trouvent en tête des provinces qui interviennent de cette façon.

Troisièmement, vous demandez quels sont les Canadiens qui ont ou qui n'ont pas une assurance-médicaments catastrophique.

Parlons d'abord de ceux qui n'en ont pas.

Le premier groupe est formé de Canadiens de toutes les régions qui consacrent plus de 5 p. 100 de leur revenu à des médicaments non inscrits sur le formulaire provincial ou privé, ou dont les dépenses en médicaments dépassent le maximum prévu dans leur régime. Je n'ai vu aucune donnée sur l'importance de ce groupe, mais ils ne comptent sans doute pas plus d'un millier de personnes

mentioned before, these are people who, for the most part, suffer from very debilitating illnesses and conditions. However, over 50 per cent of Canadians would not have coverage if they needed drugs in this category.

In the second group are Atlantic Canadians under age 65 without private insurance, and over age 65 who are ineligible for the public plan because their incomes are too high and who have opted not to purchase alternative coverage. There are about 800,000 people in this group.

The rest of Canadians have some coverage available for catastrophic costs.

Your third question was: Should the federal government introduce a catastrophic drug program targeted to residents of some provinces?

I am 100 per cent in favour of ensuring that no one in Canada should have to spend more than 4 per cent to 5 per cent of net income on prescription medicines. However, a federal program targeted essentially at the residents of Atlantic Canada seems to be loaded with problems.

For example, such an approach would be unfair to the provinces that have built such a system in to their plans and charge their taxpayers premiums or high deductibles to finance it. Also, this will not help people in the rest of Canada who have catastrophic costs because their provincial or private plan does not cover the drug that they need.

If the federal government is going to enter this field, it should establish and fund part of a "catastrophic drug expense pool." Some ideas on how a pool like this could work would be: Drugs with a very high annual cost would not go through the usual provincial government funding processes, but be reviewed by an overarching group for inclusion in the catastrophic drug expense pool. Again, I have used \$3,000 as an arbitrary point to start from. All provinces would include these drugs on their provincial formularies and claim reimbursement from the pool for any eligible resident requiring the medication. Private insurers could be given the option of coordinating their plans with the pool on a cost-recovery basis, and the federal government could pay a share of the cost, say 50 per cent, although the contribution for any province could vary depending on the overall health status or revenue-generating capacity of the province.

There would need to be a good actuarial analysis of these high-cost drugs and their utilization to determine exactly where the cut-off level would be. I did an analysis of all the drugs receiving notice of compliance from Health Canada last year, and I estimate that there are at most six that would fit into the criteria of high cost. My rough estimate is that not more than 50 drugs in total would qualify for a program such as this.

pour l'ensemble du pays. Pour la plupart d'entre elles, elles souffrent de maladies très débilitantes. Cependant, plus de 50 p. 100 des Canadiens ne seraient pas couverts s'ils avaient besoin de médicaments de cette catégorie.

Dans le deuxième groupe, on trouve des Canadiens de la région de l'Atlantique, de moins de 65 ans et dépourvus d'assurance privée, et des Canadiens de plus de 65 ans non admissibles à un régime public à cause de leur revenu trop élevé et qui ont choisi de ne pas acheter de couverture de remplacement. Ils sont environ 800 000.

Tous les autres Canadiens sont couverts contre les coûts catastrophiques.

Troisièmement, vous demandez si le gouvernement fédéral devrait mettre en place un régime d'assurance contre les coûts catastrophiques au profit des résidents de certaines provinces.

Je suis tout à fait convaincu qu'au Canada, personne ne devrait consacrer plus de 4 ou 5 p. 100 de son revenu net à des médicaments prescrits. Cependant, un programme fédéral visant essentiellement les résidents des provinces de l'Atlantique poserait bien des problèmes.

Par exemple, une telle formule serait injuste pour les provinces qui se sont dotées d'un régime fondé sur le même principe et qui imposent à leurs contribuables des primes ou des franchises élevées pour le financer. Par ailleurs, elle ne serait d'aucune utilité pour les habitants du reste du Canada qui s'exposent à des coûts catastrophiques parce que leur régime provincial ou privé ne couvre par les médicaments dont ils ont besoin.

Si le gouvernement fédéral intervient dans ce domaine, il devrait créer et financer un «fonds des dépenses catastrophiques en médicaments». Ce fonds pourrait fonctionner selon les paramètres suivants: les médicaments qui représentent un coût annuel élevé ne seraient pas soumis au processus habituel de financement par le gouvernement provincial; sous le contrôle d'un groupe de surveillance, ils seraient inclus dans le fonds des dépenses catastrophiques en médicaments. Encore une fois, j'ai utilisé le seuil arbitraire de 3 000 \$. Toutes les provinces inscriraient les médicaments en question dans leur formulaire provincial et en demanderaient le remboursement au fonds pour tous leurs résidents admissibles. Il serait loisible aux assureurs privés de coordonner leurs régimes avec ce fonds selon le principe du recouvrement des coûts, et le gouvernement fédéral pourrait assurer une prise en charge de 50 p. 100, par exemple, la contribution de la province pouvant varier selon l'état de santé moyen de ses habitants ou selon sa capacité de produire des recettes.

Il faudrait procéder à une bonne analyse actuarielle de ces médicaments très coûteux et de leur utilisation pour déterminer exactement le niveau d'entrée en action du fonds. J'ai fait une analyse de tous les médicaments qui ont reçu un avis de conformité de Santé Canada l'année dernière, et j'estime qu'il y en a tout au plus six qui correspondent au critère du coût élevé. À mon avis, un programme comme celui-ci ne pourrait s'appliquer au maximum qu'à une cinquantaine de médicaments.

Federal participation on behalf of any province could be conditional on provinces implementing measures to ensure full coverage once any resident's expense to income ratio exceeds 5 per cent.

With the high cost drugs taken out of the equation, the number of residents falling into this latter category should not be a great additional burden to the system.

I would like to see the federal government work through the tax system to allow low-income earners without insurance to opt into the provincial plan so that they can get access to drugs without financial barrier.

In my last presentation I provided a proposal on how to solve this problem. As I pointed out then, cash flow is often more of an issue for low-income individuals than the actual total expenditure amount.

Your last question was: Would I rather be in favour of a national pharmacare plan? I submit that a common national program is not a practical solution. The plan design and policy issues that underlay the plans of each province and territory are different, and so are the needs of the residents. Under a national system, all provinces would have to change their programs, and I wonder if this would be a workable solution. When you realize that the provincial governments pay only about 40 per cent of the costs of prescription medicines, you realize that you would have to find a way to finance the other of 60 per cent of the cost and possibly lose private investment that pays for most of it now.

The system needs changes to fill major gaps, but the interventions I mentioned should accomplish this while ensuring that no one falls between the cracks while protecting the jurisdictional control of provinces over health care.

The Deputy Chairman: On page 2, you mention that approximately 30 million people in Canada have private plans or combination plans. You say that 800,000 have no coverage of any kind. You talk about the 800,000 people in Atlantic Canada. Is that the same group, or is it a distinct and separate group?

Mr. Ferguson: That is the same group. In all other provinces, people have coverage at some point. For example, in Ontario, if the drug expense is high enough, it is covered by the Trillium Drug Program in Ontario. The Atlantic Provinces are the only provinces that do not have some government program that comes into effect under the condition of high costs.

The Deputy Chairman: On page 4, you say:

There would need to be a good actuarial analysis of these high-cost drugs and their utilization to determine exactly where the cut-off level would be. I personally did an analysis of all the drugs receiving NOC last year, and I estimate that there are at most 6 that would fit the criteria of high-cost. My rough estimate is that not more than 50 drugs in total would qualify for this program.

La participation fédérale aux côtés des provinces serait soumise à la condition que ces dernières prennent des mesures pour assurer une couverture intégrale à leurs résidents dont les dépenses excèdent 5 p. 100 du revenu.

Une fois les médicaments très coûteux exclus de l'équation, le nombre des résidents relevant de cette dernière catégorie ne devrait pas constituer un fardeau supplémentaire considérable pour les pouvoirs publics.

J'aimerais que le gouvernement fédéral se serve du régime fiscal pour permettre aux petits salariés non assurés de s'inscrire à un régime provincial de façon à pouvoir obtenir des médicaments sans obstacle financier.

Dans mon dernier exposé, j'ai proposé une solution à ce problème. C'est souvent l'argent disponible qui pose problème aux personnes à faible revenu, plutôt que le montant réel des dépenses.

Vous vouliez enfin savoir si je suis plutôt favorable à un régime national d'assurance-médicaments. Je considère qu'un programme national commun ne constitue pas une solution pratique. La structure du régime et les considérations politiques qui le sous-tendent varient d'une province et d'un territoire à l'autre, de même que les besoins des résidents. Dans un système national, toutes les provinces devraient modifier leur régime, et je doute que ce soit une solution viable. Étant donné que les gouvernements provinciaux n'assument qu'environ 40 p. 100 du coût des médicaments prescrits, il faudrait trouver de quoi financer les 60 p. 100 restants, au risque de perdre les investissements privés qui en assument l'essentiel actuellement.

Il faudrait modifier le système pour combler ces principales lacunes, mais les interventions dont j'ai parlé devraient y parvenir sans que personne ne soit oublié par inadvertance et tout en protégeant la compétence des provinces en matière de santé.

Le vice-président: À la page 2, vous dites qu'environ 30 millions de Canadiens ont des régimes privés ou des régimes mixtes, et que 800 000 personnes n'ont aucune protection. Vous parlez aussi de 800 000 résidents du Canada atlantique. S'agit-il du même groupe ou de deux groupes distincts?

M. Ferguson: C'est le même groupe. Dans toutes les autres provinces, chacun bénéficie d'une forme quelconque de couverture. Ainsi, en Ontario, si les dépenses en médicaments dépassent un certain montant, elles sont prises en charge par le programme de médicaments Trillium. Les provinces de l'Atlantique sont les seules qui n'aient pas de programme public de prise en charge des coûts élevés.

Le vice-président: À la page 4, vous dites:

Il faudrait faire une bonne analyse actuarielle des médicaments très coûteux et de leur utilisation pour déterminer le seuil d'intervention du fonds. J'ai fait une analyse de tous les médicaments qui ont reçu l'avis de conformité du ministère l'année dernière et j'estime qu'il y en a tout au plus six qui correspondent au critère du coût élevé. À mon avis, ce programme ne pourrait s'appliquer au maximum qu'à une cinquantaine de médicaments.

How many other drugs are there that people might think they have access to that would not qualify? Have you got a figure for that?

Mr. Ferguson: I have no idea. It would be a long list because the variances are so great on a province-by-province basis. You might have drugs covered in one province and not covered in another. You would have a shorter list of drugs covered in all provinces than you would of drugs covered in some provinces.

Senator Robertson: Would you give us your best interpretation of what we should do about the high cost of drugs?

Mr. Ferguson: We need to provide some mechanism for coverage for individuals who face very high drug costs because of their medical condition. In many cases, these drugs are not listed on the formularies of the provinces where they live. The difficulty with this issue is that it is different on a province-to-province basis. We need to have some common definition of what fits into any category and ensure that people who need the drugs in that category are looked after. It cannot be done other than in the context of some national program.

Some incentive should be given to Atlantic Canada to provide catastrophic coverage for their residents. If you take the first step, the amount you would have to deal with in the second step would not be that great because most of the high cost drugs would be out of the equation. You would then be dealing only with people who are relatively low income who need routine drugs, which to them are a significant cost.

Those are the two primary things that need to be done.

Another thing, of lesser importance, would be to provide a mechanism for people who do not have access to private coverage, and are not eligible for coverage under the provincial government plans at the present time, to opt into those plans so that they could at least have the day-to-day costs of the drugs covered. The financing mechanisms could be worked out, perhaps through the tax system with tax credits or points to low income individuals.

Those are the three primary things. First, ensure the people who have the high drug costs because of health conditions have some kind of protection. Second, find a way to assist the Atlantic Provinces in dealing with the issue of high drug costs relative to income. Third, find a way to allow individuals who have no other access to insurance to opt in on some sort of voluntary basis at the provincial plan level.

Senator Robertson: At the provincial plan level. The federal government would not be involved in that one?

Mr. Ferguson: There is a mechanism where the federal government would be involved. A very easy way to do that would be through the tax system. The federal government could fund some part of the cost of that through tax points or a sharing back and forth with the provinces on the mechanisms with any adjustments made at tax time.

Combien d'autres médicaments, auxquels les patients pensent avoir accès, ne seraient pas admissibles? Avez-vous un chiffre à ce sujet?

M. Ferguson: Non, je n'en ai aucune idée. La liste serait longue à cause des différences considérables d'une province à l'autre. Certains médicaments sont remboursés dans une province mais pas dans une autre. La liste des médicaments couverts dans toutes les provinces serait sans doute plus courte que celle des médicaments couverts seulement dans certaines provinces.

Le sénateur Robertson: Pouvez-vous nous donner votre meilleure interprétation de ce que nous devrions faire à propos des médicaments très coûteux?

M. Ferguson: Il faut trouver une forme de couverture pour les personnes exposées à des coûts très élevés de médicaments à cause de leur état de santé. Dans bien des cas, les médicaments en question ne figurent pas au formulaire de leur province. Les différences d'une province à l'autre posent un véritable problème. Il faut trouver une définition commune des différentes catégories et veiller à ce que les personnes qui ont besoin des médicaments de ces catégories soient prises en charge, ce qui n'est possible que dans le contexte d'un programme national.

On devrait inciter les provinces de l'Atlantique à proposer une couverture contre les coûts catastrophiques à leurs résidents. Si le fédéral fait le premier pas, le montant de la prise en charge à la deuxième étape sera moins élevé, puisque la plupart des médicaments les plus coûteux seront sortis de l'équation. On n'aura plus affaire qu'aux personnes à faible revenu qui ont besoin de médicaments de routine représentant pour elles un coût important.

Voilà les deux premières choses à faire.

Une autre mesure, de moindre importance, consisterait à permettre à ceux qui n'ont pas d'assurance privée et qui ne sont pas admissibles dans les régimes publics provinciaux à bénéficier de ces derniers de façon à obtenir au moins la prise en charge de leurs dépenses quotidiennes en médicaments. Il faudrait trouver une formule de financement, peut-être par l'intermédiaire du régime fiscal, en accordant des crédits d'impôt ou des points aux personnes à faible revenu.

Voilà donc pour les trois principales mesures. Tout d'abord, assurer une protection aux personnes exposées à de grosses dépenses de médicaments à cause de leur état de santé, deuxièmement, venir en aide aux provinces atlantiques pour régler la question des coûts de médicaments élevés par rapport au revenu, et troisièmement, permettre aux personnes non assurées d'adhérer volontairement à leur régime provincial.

Le sénateur Robertson: À leur régime provincial. Le gouvernement fédéral n'aurait pas à intervenir?

M. Ferguson: Il pourrait intervenir très facilement par l'intermédiaire du régime fiscal. Il pourrait financer une partie du coût de ce programme grâce à des points fiscaux ou à un partage des coûts avec les provinces, selon des mécanismes rajustés au moment du calcul de l'impôt.

Senator Robertson: Would your catastrophic expenses be accommodated through the tax system, or would they be done in a more direct manner?

Mr. Ferguson: The catastrophic costs, the very high drug costs, would be taken care of in a more direct manner through the provincial drug plans. Individual residents of each province would be able to get coverage from their provincial drug plan. If they needed any of these high cost drugs the provincial government would simply draw from the pool. To the individual in the province, it would be a seamless process.

Senator Robertson: There is a small problem here. The federal responsibilities in the health care system place doubt on its position to dictate to provinces what they should or should not do.

Could you rephrase that provincial participation in another way that would be more directly related to role of the federal government?

Mr. Ferguson: To me, it is more an issue of leverage. The federal government would play a role in providing some financing to the cost of this pool. Currently, there are many of these drugs that the provinces are not paying for anyway. Therefore, the role of the federal government would be to provide some payment for the individuals who require the drugs, but doing it through the mechanism of using the existing provincial plans to assure that the individual who requires costly drugs would be reimbursed.

Senator Fairbairn: In your second point, you talked about incentives for Atlantic Canada. Could you be more specific about that?

Mr. Ferguson: It seems reasonable to say that the federal government is prepared to make a financial contribution to ensure that catastrophically high drug costs are looked after for the residents of Canada. The quid pro quo is that the provinces would be required to bring their programs to a level that provides some kind of catastrophic level beyond which individuals in the province did not pay any more for the drugs. The figure would have to be worked out. If the federal government were prepared to assist with the high costs, then the incentive for Atlantic Canada to make the adjustments in their plans would be strong.

Senator Fairbairn: Would this be in the field of catastrophic drugs?

The Chairman: I would clarification on the word "catastrophic," because you use it in two ways. In one way, catastrophic is used in reference to a drug with an extremely high cost that is not on a provincial formulary and is, therefore, on the list of fewer than 50 drugs.

The other way catastrophic is used is in reference to the total drug bill of an individual as a percentage of the individual's income. That really is the difference between your first priority, the expensive drugs, and your second and third priorities, which are about allowing people to opt in, such as in the Atlantic provinces. Those priorities are related to the total cost that an

Le sénateur Robertson: Les dépenses catastrophiques seraient-elles prises en charge grâce au régime fiscal ou d'une façon plus directe?

M. Ferguson: Les coûts catastrophiques, c'est-à-dire les coûts très élevés, seraient pris en charge plus directement dans le cadre des régimes provinciaux. Les résidents de chaque province pourraient obtenir la couverture de leur régime provincial. Pour ceux qui ont besoin de médicaments très coûteux, le gouvernement provincial ferait appel au fonds. Il y aurait donc une couverture ininterrompue au niveau individuel et dans toutes les provinces.

Le sénateur Robertson: Il y a ici un petit problème. Compte tenu de ses responsabilités en matière de santé, le fédéral pourrait difficilement dire aux provinces ce qu'elles doivent ou ne doivent pas faire.

Pourriez-vous reformuler la participation des provinces de façon à préciser le rôle du gouvernement fédéral?

M. Ferguson: Pour moi, c'est une question d'effet de levier. Le gouvernement fédéral pourrait intervenir pour financer partiellement ce fonds. Il existe actuellement un certain nombre de médicaments qui ne sont pas pris en charge par les provinces. Le rôle du gouvernement fédéral serait donc d'accorder des versements aux personnes qui ont besoin de ces médicaments et il le ferait grâce à un mécanisme utilisant les régimes provinciaux actuels, de façon à rembourser les personnes qui ont besoin de médicaments très coûteux.

Le sénateur Fairbairn: Votre deuxième proposition concerne des mesures incitatives pour le Canada atlantique. Pouvez-vous en parler de façon plus précise?

M. Ferguson: Il semble légitime de demander au gouvernement fédéral une contribution financière permettant d'assurer la prise en charge des médicaments aux coûts catastrophiques au profit des résidents du Canada. Le problème, c'est que les provinces seront tenues de porter leur régime à un niveau au-delà duquel le patient n'aura plus rien à payer pour le médicament. C'est ce niveau qu'il faut trouver. Si le gouvernement fédéral est prêt à prendre partiellement en charge les coûts élevés, les provinces de l'Atlantique seront fortement incitées à rajuster leurs régimes.

Le sénateur Fairbairn: Est-ce que c'est la catégorie des médicaments catastrophiques?

Le président: J'aimerais avoir une précision sur le mot «catastrophique», car vous l'utilisez dans deux sens différents. Dans le premier sens, le terme «catastrophique» s'applique à un médicament au prix très élevé qui ne figure pas dans le formulaire provincial et qui fait donc partie de la liste d'une cinquantaine de médicaments.

Dans le deuxième sens, le mot catastrophique s'applique au pourcentage du budget des médicaments par rapport au revenu personnel. C'est ce qui fait la différence entre votre première priorité, les médicaments très coûteux, et vos deuxième et troisième priorités qui visent à permettre une adhésion facultative, comme dans les provinces de l'Atlantique. Ces

individual would have to pay, independent of whether they were using the expensive drugs or other drugs. Is there a way to combine the three ideas in a plan to cover people when their total drug cost exceeds a certain percentage of the gross or net income? Would that not automatically include the expensive drugs? Could it automatically include the expensive drugs? Why would you cover the expensive drugs for everyone? Would you cover the expensive drugs only for those who genuinely need help? That would tie in the second and third priorities. I am looking for a simpler program design.

Mr. Ferguson: The issue is not a simple one. Such a program could be difficult to set up because of the wide variations and differences that the provinces have in terms of what they cover and do not cover. For example, a resident of B.C. might need help to pay for a high cost drug whereas a person in Quebec would not because the drug is covered by their provincial plan. In any event, you find that the provinces default to a level. At some point, you need to take certain medications out of the equation and then deal with the rest.

Senator Morin: I would like to come to a dollar figure. We are talking about 800,000 people who do not have catastrophic cost insurance.

Do we have an idea how many of these 800,000 people require expensive drugs or spend 5 per cent of their income on them?

Mr. Ferguson: Unfortunately, we do not have that number. It is possible that the people following me may have an answer to this question because they have done more work in this area than I have. Nothing that I am aware of would tell us how many people are involved.

My guess is that the number is quite low because we are not dealing with high numbers. It is probably in the range of a few thousand, and certainly, it is not anything like one-half or even one-quarter of the total.

Senator Morin: Let us say it is a few thousand. This would represent about \$1 million or \$2 million. I am considering the administrative costs to deliver about \$1 million per year. If I understand your plan correctly, we would need a national formulary for these expensive drugs to ensure that they meet cost effectiveness criteria. You do not approve an expensive drug just because it is expensive. This should be done at the federal level, where, currently, there is no national formulary in place.

The federal government would pay 50 per cent of the cost of those drugs up to a maximum that would represent 5 per cent of the individuals' income. When would the provincial government take over?

Mr. Ferguson: Fifty per cent is an arbitrary figure. To cost share that at some point would look after those who have the greatest need.

priorités sont liées au coût total que chaque personne doit supporter, qu'elle consomme des médicaments coûteux ou non. Est-il possible de fusionner ces trois idées dans un régime qui s'appliquerait aux personnes dont les dépenses totales en médicaments dépassent un certain pourcentage du revenu brut ou net? Les médicaments très coûteux n'y seraient-ils pas automatiquement inclus? Est-ce qu'il faut assurer la couverture des médicaments très coûteux pour tout le monde? Ne faudrait-il pas plutôt couvrir uniquement les médicaments très coûteux pour ceux qui ont vraiment besoin d'aide? On rejoindrait ainsi la deuxième et la troisième priorités. J'aimerais un programme de conception plus simple.

M. Ferguson: La question n'est pas simple. Un tel programme serait difficile à constituer à cause des différences considérables d'une province à l'autre quant à l'étendue de la couverture. Par exemple, un résident de Colombie-Britannique peut avoir besoin d'aide pour se procurer un médicament très coûteux, alors qu'un habitant du Québec n'en aura pas besoin, car le médicament est couvert par son régime provincial. Quoi qu'il en soit, on constate que les provinces cessent leur prise en charge à un certain niveau. À un moment donné, il faut retirer certains médicaments de l'équation et s'occuper du reste.

Le sénateur Morin: J'aimerais qu'on en vienne à un montant en dollars. Vous parlez de 800 000 personnes qui n'ont pas d'assurance contre les coûts catastrophiques.

Savez-vous combien d'entre eux ont besoin de médicaments très coûteux ou y consacrent 5 p. 100 de leur revenu?

M. Ferguson: Malheureusement, nous n'avons pas ce chiffre. Il est possible que les gens qui me suivent puissent répondre à cette question, car ils ont travaillé dans ce domaine plus que moi. À ma connaissance, on ne connaît pas l'importance de cette catégorie.

Je pense que les personnes en question sont peu nombreuses, car les chiffres ne sont pas énormes. Il y en a sans doute quelques milliers, et ils ne représentent certainement pas la moitié ni même le tiers du total.

Le sénateur Morin: Disons qu'il y en a quelques milliers. La dépense correspondante devrait être d'un ou de deux millions de dollars. J'essaie de déterminer le coût administratif d'un programme d'un million de dollars par an. Si je comprends bien votre plan, vous avez besoin d'un formulaire national couvrant ces médicaments très coûteux pour vérifier s'ils sont conformes aux critères de coût-efficacité. On n'approuve pas un médicament coûteux simplement à cause de son prix. L'approbation est accordée au niveau fédéral, où il n'existe actuellement aucun formulaire national.

Le gouvernement fédéral assumerait 50 p. 100 du coût de ces médicaments, jusqu'à concurrence de 5 p. 100 du revenu de l'assuré. À quel moment le gouvernement provincial devrait-il intervenir?

M. Ferguson: Les 50 p. 100 sont une proportion arbitraire. Dans le partage des coûts, il faudrait considérer les personnes chez qui les besoins sont les plus aigus.

Senator Morin: After 5 per cent of the person's income, the provinces would take over completely?

Mr. Ferguson: That is correct.

Senator Morin: That would represent about \$1 million per year in total and about \$500,000 per year for the federal government. I am trying to find a ballpark figure to determine how many federal bureaucrats would be needed to work for a plan that involves \$500,000 per year.

Mr. Ferguson: By far, the greatest cost would be incurred in dealing with the pool on the high-cost drugs. That cost would be considerably more than the numbers that you are talking about.

You are probably not too far off with the numbers concerning assistance to people in the lower income brackets, who have high drug needs relative to income. To solve that problem would require a few million dollars, and would not likely be many millions of dollars.

Senator Morin: Every country in the world, outside North America, has pharmacare. Many of the studies that have been done on the Canadian health care system claim that it would be the best health care system in the world, with two exceptions: we do not have pharmacare and we do not have primary health care.

In a recent issue of the *Irish Times* it was written that Canada has the best health system in the world except for the problems it has with primary care and pharmacare.

I am not necessarily promoting it, but why should we not have national pharmacare? This could easily become a national program. The regional requirements are not overwhelming. In B.C. multiple sclerosis and AIDS are treated with the same drugs as in Newfoundland. Every country in the world that has been regionalizing their health care has not regionalized their pharmacare programs. For example, Australia's pharmacare program is still at the national level.

If we did have a national program it would free up more money for the provinces. We would do that on the condition that they spend their money on health care. There are many advantages to a national system. Most of the drug companies are large, multinational companies, and it is better to deal with them at a national level. We would have a national formulary. The risks would be spread out among the provinces.

I think it is difficult for Prince Edward Island to have a satisfactory pharmacare program. It is impossible with 100,000 people. I cannot see how they could manage the risk. It would be an expensive proposition and the costs are always increasing. There is not a single insurance company in North America that would deal with 100,000 people.

I know you are not in favour of this plan, but I wonder how you felt about it.

Le sénateur Morin: Au-delà de 5 p. 100 du revenu personnel, la province assurerait une prise en charge complète?

M. Ferguson: C'est cela.

Le sénateur Morin: Cela représenterait environ un million de dollars par an, soit environ 500 000 \$ par an pour le gouvernement fédéral. J'essaie de parvenir à un chiffre approximatif pour déterminer le nombre de fonctionnaires fédéraux nécessaires pour faire fonctionner un régime de 500 000 \$ par an.

M. Ferguson: Le budget le plus élevé serait celui du fonds des médicaments coûteux. Il devrait être considérablement plus élevé que le montant dont vous parlez.

Vous n'êtes sans doute pas très loin de la vérité en ce qui concerne l'aide aux personnes à faible revenu qui ont de gros besoins en médicaments par rapport à leur revenu. Pour résoudre ce problème, il faudrait quelques millions de dollars, mais pas davantage.

Le sénateur Morin: Partout dans le monde, à l'exception de l'Amérique du Nord, on a des régimes d'assurance-médicaments. De nombreuses études consacrées au système canadien des soins de santé affirment que ce serait le meilleur système au monde à deux détails près: il ne comporte pas d'assurance-médicaments ni de soins de santé primaires.

Dans une édition récente, l'*Irish Times* a écrit que le Canada a le meilleur système de soins de santé au monde, si l'on fait exception des soins primaires et de l'assurance-médicaments.

Je ne suis pas nécessairement partisan de l'assurance-médicaments, mais pourquoi n'avons-nous pas de régime national d'assurance-médicaments? On pourrait facilement en faire un programme national. Les exigences régionales ne sont pas insurmontables. En Colombie-Britannique, la sclérose en plaques et le sida sont traités aux mêmes médicaments qu'à Terre-Neuve. Tous les pays du monde qui ont régionalisé leurs soins de santé n'ont pas pour autant régionalisé leurs programmes d'assurance-médicaments. Ainsi, le programme australien d'assurance-médicaments est toujours un programme national.

Avec un programme national, on pourrait libérer davantage d'argent au profit des provinces, à condition qu'elles le consacrent à des soins de santé. Un système national présente de nombreux avantages. La plupart des compagnies pharmaceutiques sont de grosses multinationales, avec lesquelles il est préférable de traiter au niveau national. Nous aurions ainsi un formulaire national et les risques seraient répartis entre les provinces.

Pour l'Île-du-Prince-Édouard, il est difficile de concevoir un programme d'assurance-médicaments qui soit satisfaisant. C'est impossible avec une population 100 000 habitants. Je ne vois pas comment on pourrait en gérer le risque. Un tel régime coûterait trop cher et ces coûts augmenteraient sans cesse. Aucune compagnie d'assurance en Amérique du Nord n'accepterait un bassin de population de 100 000.

Je sais que vous n'êtes pas favorable à un tel régime, mais j'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Mr. Ferguson: The primary reason for not being in favour of it is the issue of a national formulary. I can see a national formulary overlaying a lot of additional review on top of the things that are happening now. This would delay access to new drugs even more than they are already being delayed. You would have to develop a process that is extremely efficient and that really speeded things up.

If you got into a national program, would individual provinces be involved in decisions concerning the formulary and what drugs would be made available? Is this something that would be done at a different level and accepted by the provinces? How does that tie in with the priorities the provinces want to establish?

As I alluded to in my presentation, the third issue is the big role that private insurance plays in the country. What would happen to the role that they play? I think there are ways to work around that issue. Would a national program integrate with current programs of private coverage? How do you maintain that investment so it does not all fall back on the governments to finance?

Senator Morin: Most provinces have kept their programs.

Senator Callbeck: I certainly agree with your statement that you are 100 per cent in favour of ensuring that no one in Canada should have to spend more than 4 to 5 per cent of net income on prescription medicines.

I know a woman from Prince Edward Island who pays approximately \$100,000 a year for her drugs. She cannot get any help from the government. A situation like that should not exist in this country.

I am interested in your proposal regarding the catastrophic drug program. I want to be sure I understand what you are saying. In order for a person to get money or to access this program, they would have to spend 5 per cent of their net income before they would get anything out of this; is that correct?

Mr. Ferguson: There are a number of ways to design it. Generally, that is how it would be done. That is currently how it is done in most jurisdictions. For example, in Saskatchewan they work with a high deductible, which is 3.4 per cent of income for higher income earners. The person pays the first 3.4 per cent of his income and when that has been paid, he is eligible for help from the program. Manitoba and British Columbia work in a similar way. Quebec does it through a combination of premiums, and co-payments, while some of it is deductible, although they spread the deductible on a monthly basis. Different provinces approach it from different directions. Essentially, they are targeting individuals who would pay whatever is decided is the maximum level. After that level is reached, the program takes over.

Senator Callbeck: In your opinion, is there one provincial plan that is better than another?

M. Ferguson: Je n'y suis pas favorable essentiellement à cause de la question du formulaire national. À mon avis, un formulaire national impliquerait une accumulation de contrôles supplémentaires en plus de tous ceux qui existent déjà. Tout cela retarderait encore davantage la commercialisation des nouveaux médicaments. Il faudrait mettre au point une procédure d'approbation beaucoup plus efficace et beaucoup plus rapide.

Si on met en place un programme national, les provinces auront-elles leur mot à dire dans les décisions concernant le formulaire et les médicaments disponibles? Est-ce qu'il faudrait agir à un niveau différent, qui soit accepté par les provinces? Comment s'appliquerait ce programme national par rapport aux priorités des provinces?

Comme je l'ai dit dans mon exposé, la troisième question concerne le rôle important que joue l'assurance privée dans notre pays. Qu'advierait-il de ce rôle? Je pense qu'il est possible de contourner cette difficulté. Est-ce que le programme national intégrerait les régimes privés actuels? Comment préserver cet investissement pour que les pouvoirs publics ne supportent pas intégralement le fardeau du financement du régime?

Le sénateur Morin: La plupart des provinces ont conservé leurs programmes.

Le sénateur Callbeck: Je suis tout à fait d'accord avec vous pour dire qu'aucun Canadien ne devrait être obligé de consacrer plus de 4 ou 5 p. 100 de son revenu net à des médicaments prescrits.

Je connais une habitante de l'Île-du-Prince-Édouard qui doit acheter chaque année pour environ 100 000 \$ de médicaments. Elle n'obtient aucune aide du gouvernement. Une telle situation ne devrait pas exister dans notre pays.

J'aimerais en savoir plus long sur votre proposition d'un régime d'assurance-médicaments en cas de coûts très élevés. Je veux m'assurer que j'ai bien compris ce que vous dites. Afin que quelqu'un ait accès à l'argent ou à ce programme, il faut que cette personne consacre 5 p. 100 de son revenu net à l'achat de médicaments, est-ce bien cela?

M. Ferguson: Il y a plusieurs façons de procéder. Règle générale, c'est ainsi que cela fonctionne. C'est ainsi que cela fonctionne dans la plupart des provinces. Par exemple, en Saskatchewan, la franchise est plus élevée, 3,4 p. 100 du revenu pour les mieux nantis. La personne paie les premiers 3,4 p. 100 de son revenu et ensuite devient admissible au programme. Le Manitoba et la Colombie-Britannique ont quelque chose de semblable. Le Québec associe les cotisations et les copaiements bien qu'une certaine somme soit déductible, elle est répartie mensuellement. Différentes provinces approchent la question différemment. Essentially, on cible les bénéficiaires qui paient ce qui a été fixé comme le niveau maximum. Une fois ce niveau atteint, c'est le programme qui paie.

Le sénateur Callbeck: À votre avis, est-ce qu'un régime provincial est supérieur à un autre?

Mr. Ferguson: No. It depends on how you view it. If you do not have an extensive need for medications and you are a senior in Canada, the Northwest Territories or Ontario is probably the best place to be, for the co-payments are very low.

If your need for drugs are outside a more limited list, then a place like Quebec is a better place to be because they tend to cover more drugs. All the provinces have balanced this access to specific medications and costs in different ways, some by keeping the costs low and managing through a much more active intervention in the list of drugs that are available. Other provinces have done it by accepting relatively higher costs while at the same time making a wider range of drugs available.

It depends on what your needs are as to which plan works better for you.

Senator Robertson: I want to discuss Senator Morin's comments about a national pharmacare program. The Atlantic Provinces are working together to establish an Atlantic formulary. I believe the same cooperation could be achieved at the national level. You have said that a national program would impact the private insurers that are doing so much of the work right now. The private insurers, as you know, keep changing their costs and coverage. It is not usual for the private companies to increase their costs and add to the list of drugs that are not covered.

In terms of a national pharmacare process, I understand that, all the other programs would have to be dropped. That would cause, perhaps, a huge expense. It seems to me that work should be done on that to see if it is feasible. If, for instance, we were trying to move to a national pharmacare program, where would you start? Where should we begin? Have you any advice on that?

Mr. Ferguson: We could begin by tackling some of the issues that we are faced with today. It may be possible to say, that the principles I recommended with regard to catastrophic coverage are not all that different from the principles that Senator Morin outlined earlier. That may be the way to start. We need to have interprovincial cooperation to try to figure out a national program that will make it work for this level. Then how do we start to bring it down to cover a broader base of drugs and a broader range of people?

Senator Robertson: It seems to me that one bargaining agent with the pharmaceutical companies would show cost benefits rather than all the provinces doing individual bargaining. There should be savings if there was one bargaining agent for the country.

The Chairman: I guess you could achieve that with a national formulary even if you did not have identical programs in every province. I presume you could have a national formulary so that there was a coast-to-coast agreement on what drugs were covered and in terms of negotiating prices with the pharmaceutical drug companies. Would you agree with that?

M. Ferguson: Non. Tout dépend de votre point de vue. Si vous avez besoin de nombreux médicaments et que vous êtes une personne âgée au Canada, il est probablement préférable de vivre dans les Territoires du Nord-Ouest ou en Ontario car les copaiements y sont très bas.

Si vous prenez des médicaments autres que ceux sur la liste restreinte, alors il est préférable d'habiter au Québec parce qu'un plus grand nombre de médicaments y sont couverts. Toutes les provinces ont atteint un équilibre différent entre l'accès à des médicaments précis et les coûts, certaines en maintenant les coûts à un niveau bas et intervenant beaucoup plus activement dans le choix des médicaments sur la liste. D'autres provinces ont accepté des coûts relativement plus élevés tout en offrant une gamme plus vaste de médicaments.

Pour déterminer quel régime vous avantage, il faut voir quels sont vos besoins.

Le sénateur Robertson: J'aimerais revenir à ce que le sénateur Morin a dit sur un programme national d'assurance-médicaments. Les provinces de l'Atlantique travaillent de concert pour créer une formule pour l'Atlantique. Je pense qu'on pourrait faire preuve de la même coopération au niveau national. Vous avez dit qu'un programme national aurait une incidence sur les assureurs privés, qui font une grande partie du travail actuellement. Les assureurs privés, comme vous le savez, changent continuellement leurs coûts et leur couverture. Habituellement, les sociétés privées n'augmentent pas leurs coûts en ajoutant des médicaments à la liste.

Si je comprends bien, s'il y avait un programme national d'assurance-médicaments, il faudrait laisser tomber tous les autres programmes. Cela pourrait entraîner des dépenses énormes. Il me semble qu'on devrait faire des recherches sur cette question pour voir si c'est possible. Si, par exemple, nous tentons de mettre en place un régime national d'assurance-médicaments, où proposez-vous que nous commençons? Où faut-il commencer? Avez-vous des conseils à ce sujet?

M. Ferguson: Nous pourrions commencer en nous attaquant à certains des problèmes auxquels nous sommes confrontés aujourd'hui. Sans doute, les principes que j'ai recommandés en ce qui concerne l'assurance catastrophique ne sont pas très différents des principes qu'a énoncés plus tôt le sénateur Morin. C'est peut-être là le point de départ. Il nous faut la coopération des provinces pour tenter d'élaborer un programme national qui fonctionnera à ce niveau. Ensuite, il nous faut nous demander comment élargir la liste des médicaments et le nombre des assurés.

Le sénateur Robertson: Il me semble qu'il serait plus avantageux d'avoir un seul négociateur avec les compagnies pharmaceutiques plutôt que de laisser toutes les provinces négocier individuellement. Il devrait y avoir des économies à faire s'il y a un négociateur pour tout le pays.

Le président: Je suppose que ce serait possible avec un formulaire national, même si les programmes n'étaient pas identiques dans chaque province. Je présume que l'on pourrait avoir un formulaire national qui permet de s'entendre, d'un océan à l'autre, sur les médicaments assurés et sur les prix négociés avec les compagnies pharmaceutiques. Pensez-vous que ce serait le cas?

Mr. Ferguson: If you had a national formulary that is presumably the way it would be done.

The Chairman: You have suggested in effect that, for the very high-priced, catastrophic-priced drugs, there would be a national formulary.

Mr. Ferguson: Correct.

[Translation]

Senator Pépin: Last May Ms Bégin came to testify before our committee. She told us that it was urgent for the federal government and the provinces to set requirements for the Canada Health Act as far as the intention is concerned so that all drugs and home health care services that are directly replacing hospital services be made accessible without cost to patients. What is your view?

Would it be viable to provide coverage for drugs replacing direct hospital care?

[English]

Mr. Ferguson: You mentioned coverage without cost to individuals from the beginning. That is certainly how our current medicare and hospital services programs work. If you were to bring drugs under the Canada Health Act, for example, and make it a requirement under the Canada Health Act, that would be something that you would need to do.

Senator Pepin: The first question was in regards to individuals leaving the hospital.

Mr. Ferguson: Individuals leaving the hospital right now are covered, if they have a private drug plan. In fact, that has been one of the cost drivers for the private plans. We are finding that, for many conditions, drugs enable people to leave the hospital earlier; they can be looked after at home and not require hospital assistance. I think that finding a way to compensate individuals who require drugs at home would make sense, in that it is a process that assists the rest of the health care system to reduce its costs.

Under the current programs, if the individuals who leave hospitals have private insurance, there is not a problem; if they do not have private insurance they are the people in the situation of having to pay for it themselves with no easy system to assist them. I would like to see some capability made available to those people to opt into the provincial program and receive a benefit during that process so that they are able to receive the drugs without the cost impact. You need an administrative mechanism to help that take place, and I think the provincial drug program is the one that could do it for them.

Senator Pepin: You would agree that we must do something for them?

Mr. Ferguson: Yes.

The Chairman: If I could turn to the two graphs at the back of your presentation: you have drug costs as a per cent of income. Is that gross income?

M. Ferguson: S'il y avait un formulaire national, on peut présumer que c'est ainsi que cela fonctionnerait.

Le président: Vous proposez qu'en fait, pour les médicaments à prix très élevés, pour les maladies graves, il y ait un formulaire national.

M. Ferguson: En effet.

[Français]

Le sénateur Pépin: Au mois de mai dernier, Mme Bégin est venue témoigner devant notre comité. Elle nous a dit qu'il était urgent que le gouvernement fédéral établisse avec les provinces, pour ce qui est de l'intention, des exigences de la Loi canadienne de la santé et que tous les médicaments et services de soins à domicile qui remplacent directement ces soins en milieu hospitalier soient accessibles sans frais aux malades sortants. Que pensez-vous de ces observations?

Serait-il viable d'avoir une couverture des médicaments qui remplaceraient directement les soins hospitaliers?

[Traduction]

M. Ferguson: Vous avez parlé d'une couverture sans frais pour les personnes, dès le départ. C'est certainement ainsi que fonctionnent l'assurance-maladie et les services hospitaliers. Si les médicaments étaient assujettis à la Loi canadienne sur la santé par exemple, si c'était prévu dans la loi, c'est quelque chose qu'il faudrait faire.

Le sénateur Pépin: Ma première question portait sur les malades qui quittent l'hôpital.

M. Ferguson: Les malades qui quittent l'hôpital actuellement sont assurés s'ils ont un régime d'assurance-médicaments privé. En fait, c'est un des inducteurs de coûts des régimes privés. Nous constatons que dans de nombreux cas, les médicaments permettent aux malades de quitter l'hôpital plus tôt; on peut les traiter à domicile. Je pense que si nous trouvions une façon d'indemniser les malades qui ont besoin de médicaments à domicile, ce serait raisonnable puisque cela aide à réduire les coûts de l'ensemble du régime de soins de santé.

En vertu des programmes actuels, si le malade qui quitte l'hôpital a une assurance privée, il n'y a pas de problème; sinon, ce sont les personnes qui se trouvent à payer elles-mêmes sans accès facile à un système d'aide. J'aimerais qu'il soit possible pour ces personnes d'adhérer au programme provincial et de recevoir des prestations leur permettant de recevoir les médicaments sans devoir en assumer les coûts. Il faut un mécanisme administratif pour que cela soit possible et je pense que le régime provincial d'assurance-médicaments pourrait être ce mécanisme.

Le sénateur Pépin: Vous convenez qu'il faut faire quelque chose pour ces personnes?

M. Ferguson: Oui.

Le président: Permettez-moi d'attirer votre attention sur les deux tableaux à la fin de votre mémoire: il s'agit du coût des médicaments en pourcentage du revenu. S'agit-il du revenu brut?

Mr. Ferguson: No, that is net income.

The Chairman: After tax?

Mr. Ferguson: It is taxable income.

The Chairman: It is after the basic deduction called taxable income.

Mr. Ferguson: Correct.

The Chairman: You have taken the very expensive drugs and put them into a national formulary on a separate plan. If a national plan covered the individual after his out-of-pocket cost as a percentage of income exceeded 5 per cent the net effect would be to take the four Atlantic provinces and put them roughly at the level of B.C. and Quebec. Is that correct?

Mr. Ferguson: Yes.

The Chairman: It would take your 45-degree line and have it go up to the 5 per cent level and then go horizontal. Is that correct?

Mr. Ferguson: Correct. It would look like B.C. or Quebec.

The Chairman: In that way you are not interfering with any of the provincial plans. You are not simply offering a program to Atlantic residents; it would be offered to everyone because everyone would have a 5 per cent cap. That would not interfere with any of the provincial programs but would pick up the catastrophic costs for anyone in the country. It would be more advantageous to people in the Atlantic Canada because there are more people there who would exceed the 5 per cent threshold. Am I correct so far?

Mr. Ferguson: Yes.

The Chairman: Do you have any idea of the cost?

Mr. Ferguson: The simplest way to get a handle on it would be to get some utilization data from the provincial drug plans of those provinces. They should be able to do an analysis for you, starting from the highest level of expenditure of individuals and working down from there. You would have to impute some income levels.

The Chairman: They will not have the relationship between expenditure and income level.

Mr. Ferguson: Correct. The other side is that those are only for people who are currently covered under the plans; they are not for people who are in this kind of situation. The other source that you could use is income tax data where people can claim medical expenses.

The Chairman: They have claimed the 3 per cent.

Mr. Ferguson: Correct. You do not know that is all drug expense. I do not know enough about the details that are kept in there to know whether you can break that down. The two gentlemen following me could methodologically have some better suggestions about how that could be done.

M. Ferguson: Non, il s'agit du revenu net.

Le président: Après impôt?

M. Ferguson: C'est le revenu imposable.

Le président: C'est après la déduction de base qu'on appelle l'impôt sur le revenu.

M. Ferguson: Exactement.

Le président: Vous avez pris les médicaments très coûteux et vous les avez mis dans un formulaire national pour un régime distinct. Si un régime national couvrirait le coût des médicaments d'une personne au-delà de 5 p. 100 du revenu net, cela aurait pour conséquence de placer les quatre provinces de l'Atlantique, plus ou moins, au même niveau que la Colombie-Britannique et le Québec, n'est-ce pas?

M. Ferguson: Oui.

Le président: Cela signifie que votre droite qui est à 45 degrés augmenterait jusqu'au niveau de 5 p. 100 et ensuite deviendrait horizontale, n'est-ce pas?

M. Ferguson: En effet. Ce serait comme en Colombie-Britannique ou au Québec.

Le président: Ainsi, vous ne touchez à aucun des régimes provinciaux. Vous n'offrez pas simplement un programme aux résidents de l'Atlantique, vous l'offrez à tous puisqu'il y a ce plafond de 5 p. 100. Cela ne touchera en rien les programmes provinciaux, mais permettrait de rembourser les coûts exorbitants pour tous au pays. Ce serait plus avantageux pour les résidents de la région de l'Atlantique parce qu'ils seraient plus nombreux à dépasser le plafond de 5 p. 100. Ai-je raison jusqu'à présent?

M. Ferguson: Oui.

Le président: Avez-vous une idée du coût?

M. Ferguson: La façon la plus simple d'en avoir une idée serait d'utiliser les données des régimes d'assurance-médicaments provinciaux de ces provinces. Les provinces devraient pouvoir vous faire l'analyse, en commençant par le niveau le plus élevé de dépenses personnelles et faire une projection. Il vous faudrait inclure certains niveaux de revenu.

Le président: Les provinces n'auront pas le rapport entre les dépenses et le niveau de revenu.

M. Ferguson: En effet. C'est seulement à l'intention de ceux qui sont actuellement assurés en vertu de ces régimes, ce n'est pas pour ceux qui se retrouvent dans ce genre de situation. L'autre source d'information proviendrait des données de l'impôt sur le revenu pour la demande de déduction pour frais médicaux.

Le président: Ils ont demandé la déduction de 3 p. 100.

M. Ferguson: Exactement. Vous ne savez pas quelle part de ça représente le coût des médicaments. Je ne connais pas suffisamment les détails de l'information à l'impôt pour savoir s'il y a moyen de faire une ventilation. Les deux témoins qui me suivent auront peut-être de meilleures suggestions quant à la méthodologie.

The Chairman: I am trying to figure out how to get the Maritimes down to the top of the other range. One way to achieve that would be to have the person become fully insured by a public program after their out-of-pocket costs as a percentage of income, the vertical axis on the graph, reached 5 per cent.

Senator Morin: By "public," do you mean federal?

The Chairman: I said "public." I did not get into federal versus provincial at this point.

Senator Morin: There are a few exceptions to that which people do not realize. We were told this when we were in Alberta. I was surprised to hear that in Alberta they have a \$25,000 maximum on their public drug plan.

Mr. Ferguson: Correct.

Senator Morin: If your drug costs are over \$25,000, \$100,000 to use an example means you are stuck with a \$75,000 bill. They say that, through their generosity, it has not happened, but the fact remains that it could. This should be contained within your presentation. It is not.

It is a complicated issue. Should we start supporting Alberta?

The Chairman: Senator Morin, I would very sharply part company with you, as I do not see it as supporting Alberta, I see it as dealing with a Canadian problem.

If you go back to the original objective of medicare, which is the way the committee has phrased it in its reports, no one should suffer undue financial hardship as a result of being sick; that ought to include the cost of drugs. It ought to be "undue" financial hardship, not simply "some financial hardship." It just should not be excessive. Where you live in the country should not be an issue. Whether that cost ought to be borne federally or provincially or a combination thereof is a different issue.

I did not get into the federal-provincial argument. I was trying to understand if a public plan kicked in once your cumulative drug cost exceeded 5 per cent, would it solve both your second and third categories? I took 5 per cent because that is essentially the B.C. and Quebec numbers in your two graphs. It would solve the second category clearly, and the third category, which was the low-income earner category because they would still be covered by the plan.

Mr. Ferguson: That is correct.

Senator Morin: Are we still talking about 800,000 people?

Mr. Ferguson: Yes, we are.

Senator Morin: Out of 800,000 people, maybe 1,000 or 2,000 may be in that category; it represents only a small number of people.

Le président: J'essaie de voir comment ramener les Maritimes au haut de l'autre échelle. Une façon de procéder serait de permettre que quelqu'un soit pleinement assuré dans le cadre du régime public une fois que ses dépenses personnelles en pourcentage du revenu, l'axe vertical sur ce tableau, atteignent 5 p. 100.

Le sénateur Morin: Quand vous parlez d'un régime public, vous entendez fédéral?

Le président: J'ai dit «public». Je ne veux pas faire de distinction entre le fédéral et les provinces pour l'instant.

Le sénateur Morin: Il y a quelques exceptions à cela, ce que les gens ne savent pas. C'est d'ailleurs ce qu'on nous a dit lorsque nous nous sommes rendus en Alberta. J'ai été surpris d'apprendre qu'en Alberta, l'assurance-médicaments est plafonnée à 25 000 \$.

M. Ferguson: C'est juste.

Le sénateur Morin: Si vos frais de médicaments dépassent 25 000 \$, prenons par exemple 100 000 \$, cela signifie que vous avez une facture de 75 000 \$. On prétend que grâce à la générosité du gouvernement cela ne s'est pas produit, mais cela pourrait se produire. Il devrait en être question dans votre exposé. Ce n'est pas le cas.

C'est une question compliquée. Devrions-nous commencer à appuyer l'Alberta?

Le président: Sénateur Morin, je vous fausserais certainement compagnie car je ne considère pas qu'il s'agit d'appuyer l'Alberta, il s'agit de régler un problème canadien.

Si on remonte à l'objectif originel de l'assurance-maladie, formulation que le comité a utilisée dans ses rapports, personne ne doit subir de difficultés financières indues pour cause de maladie; cela devrait comprendre le coût des médicaments. En fait on devrait parler de difficultés financières «indues» et pas simplement de quelques difficultés financières. Il ne faut pas permettre que cela soit excessif et ça ne devrait pas non plus faire de différence selon là où vous vivez au pays. Quant à savoir si le coût doit être assumé par le gouvernement fédéral ou par les provinces, ou une combinaison des deux, ça c'est différent.

Je n'ai pas abordé l'argument fédéral-provincial. J'essayais de comprendre si cela réglerait votre deuxième et troisième catégories si le régime public devenait accessible une fois que vos coûts cumulatifs excédaient les 5 p. 100? J'ai choisi 5 p. 100 parce qu'essentiellement ce sont les chiffres pour la Colombie-Britannique et le Québec dans vos deux tableaux. Cela réglerait clairement le problème de la deuxième catégorie, et la troisième, celle des gagne-petit, puisqu'ils seraient toujours assurés par le régime.

M. Ferguson: C'est juste.

Le sénateur Morin: S'agit-il toujours d'environ 800 000 personnes?

M. Ferguson: Oui, en effet.

Le sénateur Morin: De ces 800 000 personnes, peut-être 1 000 ou 2 000 sont dans cette catégorie; cela ne représente qu'un petit nombre de personnes.

We must realize we are setting up an important plan to protect 2,000 people. There are interesting figures I will bring up later. I am sure the Atlantic provinces are not doing it on purpose; it is a matter of resources.

Mr. Ferguson: You would want to be careful to ensure that the other provinces maintain their programs, and not use this as a default position and have the federal government pick up everybody for that 10 per cent.

The Chairman: What do you mean pick up everybody for the 10 per cent?

Mr. Ferguson: If you had a program, for example, that said we will ensure that nobody pays more than 5 per cent, the provinces that are currently at some level below 10 per cent now will think they do not need those support programs anymore.

The Chairman: I do not understand the significance of the 10 per cent. Where did the 10 per cent come from?

Mr. Ferguson: If somebody is paying 10 per cent of income for drugs in Atlantic Canada, their out-of-pocket costs is 10 per cent, whereas the out-of-pocket costs for someone in British Columbia who is paying 10 per cent of income is somewhere, as you said, around 5 per cent. The B.C. government could simply decide that they are not going to run this program anymore. They will let the federal government ensure that nobody pays more than 5 per cent, and they will kick in at a level below that. Presently, they are providing some resources to ensure that does not happen.

The Chairman: Are you saying that if there is a catastrophic element, some of the existing provinces could lower their current coverage?

Mr. Ferguson: Correct.

The Chairman: They can always lower their current coverage, independent of whether or not there is a catastrophic program. I find it difficult to accept the notion that some people ought to suffer this kind of undue financial hardship, which is the test we have used, simply because of a fear that some of the provincial governments would lower their existing coverage. I would have thought that, frankly, the political pressure to avoid lowering the coverage would be pretty substantial within any given province.

I do not know if that fear ought to drive our ultimate position.

Senator Morin: Give \$2 million to the Atlantic provinces.

The Chairman: So far, Senator Morin, you are doing well. You have accepted my proposition as to what we need to do. We are now into the modalities of how we get there.

Senator Morin: I do not think we should have a national program to solve the issue.

Il faut comprendre que nous établissons un régime d'envergure pour protéger 2 000 personnes. Il y a des chiffres intéressants que je présenterai plus tard. Je suis persuadé que dans les provinces de l'Atlantique on ne le fait pas exprès, c'est une question de ressources.

M. Ferguson: Vous voulez faire très attention et vous assurer que les autres provinces vont maintenir leurs programmes et ne pas considérer que c'est là la situation de base et faire payer par le gouvernement fédéral la note pour tous pour ces 10 p. 100.

Le président: Que voulez-vous dire payer pour tous pour ces 10 p. 100?

M. Ferguson: Si vous avez un programme, par exemple, qui prévoit tous ceux qui versent plus de 5 p. 100 de leur revenu, les provinces qui sont en deçà de 10 p. 100 actuellement vont considérer que ces programmes ne sont plus nécessaires.

La présidente: Je ne comprends pas ces 10 p. 100. D'où viennent les 10 p. 100 dont vous parlez?

M. Ferguson: Si quelqu'un verse 10 p. 100 de son revenu pour payer ses médicaments dans la région de l'Atlantique, son coût personnel est de 10 p. 100. Alors qu'un résident de la Colombie-Britannique qui consacre 10 p. 100 de son revenu aux médicaments ne paie de sa poche qu'environ 5 p. 100. Le gouvernement de la Colombie-Britannique pourrait simplement décider ne plus offrir ce programme. Il laissera le gouvernement fédéral payer pour tous ceux qui versent plus de 5 p. 100 et il paiera en deçà de ce niveau. Actuellement, la province consacre quelques ressources à s'assurer que cela ne se produit pas.

Le président: Voulez-vous dire que s'il y a de l'assurance catastrophique, certaines provinces pourraient réduire leur couverture actuelle?

M. Ferguson: Exactement.

Le président: Les provinces peuvent toujours réduire leur assurance actuelle, qu'il y ait ou non un programme d'assurance des coûts très élevés. J'ai du mal à accepter que certains devront faire face à des difficultés financières indues, le critère que nous avons utilisé, tout simplement parce qu'on craint que certains gouvernements provinciaux pourraient réduire leur couverture actuelle. J'aurais pensé, à vrai dire, que les pressions politiques seraient considérables et empêcheraient la réduction de la couverture.

Je ne sais pas si nous devons nous laisser mener par la crainte en déterminant notre position.

Le sénateur Morin: Donnez 2 millions de dollars aux provinces de l'Atlantique.

Le président: Jusqu'à présent, sénateur Morin, vous vous tirez bien d'affaire. Vous avez accepté ma proposition sur ce qu'il faut faire. Nous sommes maintenant en train de discuter des modalités.

Le sénateur Morin: Je ne pense pas qu'il faille mettre en place un programme national pour régler le problème.

The Chairman: I was trying to understand if it is possible to design a simple program that would solve your categories 2 and 3, and there is.

Mr. Ferguson: Yes, there is.

The Chairman: Mr. Ferguson, thank you very much for coming. We appreciate it.

Mr. Ferguson: My pleasure.

The Chairman: We have our second presentation on the issue of catastrophic drugs and how to deal with the problem. Our witnesses are Mr. Ken Fraser, the CEO of the Fraser Group, and Mr. Richard Shillington, Principal of Tristat Resources.

Mr. Fraser, you will begin. We have your paper. We look forward to you hitting the highlights, and then we will turn to questions.

Mr. Ken Fraser, CEO, Fraser Group: I thank the committee for the privilege of appearing before you today to discuss our research with you. I hope that it will be helpful.

Our purpose is to share with you some recent work that relates directly to the issue the committee identifies in section 8.9.4 and 8.9.5 of volume 4 of your interim report regarding potential initiatives to protect against high drug expenses.

Let me begin with a bit of a background about Fraser Group and Tristat Resources. Fraser Group is a consulting firm based in Toronto that provides research and market information to the insurance industry and to others interested in the employee benefits market, including employers and government organizations. I have been in the consulting field since 1984 and have worked on social policy aspects of drug benefits since 1996.

With me today is Richard Shillington from Tristat Resources. He is a statistician and an independent consultant. Mr. Shillington has been consulting for almost 20 years, specializing in the quantitative analysis of social policy. His clients include front-line social agencies, provincial governments and federal departments concerned with social policy. He has worked in the past with the Senate Committee on Child Poverty. Before he was a consultant, Richard spent some time in provincial health departments in two provinces — British Columbia and Saskatchewan.

Mr. Shillington and I have collaborated over the past five years on several studies on the extent of drug coverage in Canada. Our initial work, entitled “Drug Expense Insurance in the Canadian Population,” which is cited in your report, was sponsored by the Canadian Life and Health Insurance Association. Mr. Shillington and I also worked together on a report prepared for Health Canada and the Health Transition Fund called “Canadians’ Access to Insurance for Prescription Medicines.” This study is also cited in your committee’s report.

Le président: J’essaie de comprendre s’il est possible de concevoir un programme simple qui réglerait le cas de ceux qui sont dans les catégories 2 et 3.

M. Ferguson: Oui, il y a moyen.

Le président: Monsieur Ferguson, je vous remercie infiniment de votre présence ici.

M. Ferguson: Le plaisir était pour moi.

Le président: Nous allons maintenant entendre notre deuxième exposé sur la question de l’assurance pour les médicaments à coût exorbitant et sur la façon d’attaquer le problème. Nous accueillons M. Ken Fraser, PDG de Fraser Group, et M. Richard Shillington, directeur de Tristat Resources.

Monsieur Fraser.

M. Ken Fraser, PDG de Fraser Group: Je remercie le comité de me permettre de comparaître devant vous aujourd’hui pour nous parler de nos recherches. J’espère que ces renseignements vous seront utiles.

Nous voulons vous faire part du résultat de travaux récents qui portent directement sur la question identifiée par le comité aux paragraphes 8.9.4 et 8.9.5 du volume 4 de son rapport intérimaire sur les éventuelles initiatives qui permettraient de nous protéger contre le coût excessif des médicaments.

Permettez-moi de commencer en vous parlant un peu du Groupe Fraser et de Tristat Resources. Le Groupe Fraser est une maison de consultation de Toronto qui offre le fruit de ses recherches et de l’information sur les marchés à l’industrie de l’assurance et à d’autres qui s’intéressent au marché des avantages sociaux, y compris les employeurs et les organismes gouvernementaux. Je suis dans le domaine de la consultation depuis 1984 et j’examine l’assurance-médicaments sous son aspect de politique sociale depuis 1996.

Je suis accompagné aujourd’hui de Richard Shillington, de Tristat Resources. Il est statisticien et consultant autonome. M. Shillington fait de la consultation depuis presque 20 ans, se spécialisant dans l’analyse quantitative de la politique sociale. Ses clients incluent des organismes sociaux de première ligne, des gouvernements provinciaux et des ministères fédéraux responsables de la politique sociale. Par le passé, il a travaillé avec le Comité sénatorial sur la pauvreté des enfants. Avant de devenir consultant, Richard a travaillé au ministère de la Santé de deux provinces — la Colombie-Britannique et la Saskatchewan.

M. Shillington et moi-même avons collaboré depuis cinq ans à plusieurs études sur l’étendue de l’assurance-médicaments au Canada. Notre première étude intitulée «Drug Expense Insurance in the Canadian Population», que vous citez dans votre rapport, a été commanditée par l’Association des compagnies d’assurance de personnes. M. Shillington et moi-même avons travaillé de concert sur un rapport préparé pour Santé Canada et le Fonds pour l’adaptation des services de santé intitulé «Les Canadiens et l’accès à une assurance-médicaments de prescription». Le comité cite également cette étude dans son rapport.

The Canadian Life and Health Insurance Association have also sponsored the most recent work. It examines the extent to which Canadians would be protected from substantial personal expense by their public and private sector drug coverage plans in the event they were to require extremely costly prescription drugs. A draft report is before you, I believe.

You will note that the document is labelled "Draft." This is not to imply any hesitancy about the findings we will discuss today. These were finalized some time ago. However, it is possible that the presentation of the material may yet be revised to improve clarity or to correct typographical errors.

You will also note that our report is only available today in English. I apologize for this. However, it is in the process of being translated and should be available shortly in French, along with the final English version.

In my presentation today, I will provide the committee with a brief tour of the highlights from the body of our report, which is entitled, "Drug Expense Coverage in The Canadian Population — Protection from Severe Drug Expenses."

I will first mention some of our key findings.

First, it is membership in drug coverage plans and the provisions of these plans that determines whether and to what extent Canadians requiring costly prescription drugs will actually experience substantial personal financial cost.

Second, our research shows that about 98 per cent of all Canadians have some form of public or private sector drug coverage that provides some degree of protection against severe drug expenses. Many people are surprised, of course, at how high this number is. I will address this matter in the course of my presentation.

Finally, our report differentiates between full and partial protection against severe drug expenses. What we call fully protected coverage provides a predetermined upper limit on the costs that an individual will have to pay personally, no matter how severe the actual drug expenses might be. With partially protected coverage, the individual has no upper limit on what he or she might have to pay personally. As drug expenses increase, the personal share of these expenses will also increase.

Our research concludes that 82 per cent of all Canadians have fully protected coverage with an overall protective cap on out-of-pocket costs.

I will now provide some elaboration on these and other highlights of our research, beginning with chapter 2 on page 6.

First, I must position the issue that we are discussing today within the broader area of health care costs.

L'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes a également commandé une étude plus récente. On y examine jusqu'à quel point les Canadiens seraient protégés de lourdes dépenses personnelles par des régimes d'assurance-médicaments privés et publics dans l'éventualité où ils devraient prendre des médicaments de prescription extrêmement coûteux. Vous avez, je crois, reçu une ébauche du rapport.

Vous noterez que ce document est intitulé «ébauche». Cela ne sous-entend aucune hésitation quant aux constatations dont nous allons vous parler aujourd'hui. Celles-ci ont été arrêtées il y a déjà un certain temps. Toutefois, il est possible que la présentation du texte soit encore révisée pour améliorer la précision ou apporter des corrections typographiques.

Vous constaterez également que notre rapport n'est disponible qu'en anglais aujourd'hui. Je m'en excuse. Toutefois, le texte est à la traduction et devrait être disponible très bientôt en français, de même que la version anglaise finale.

Dans mon exposé aujourd'hui, je vais faire pour le comité un bref tour d'horizon des points saillants de notre rapport intitulé, «Drug Expense Coverage in The Canadian Population — Protection from Severe Drug Expenses».

Je vais d'abord mentionner quelques-unes de nos principales constatations.

Tout d'abord, c'est l'adhésion à des régimes d'assurance-médicaments et les dispositions de ces régimes qui déterminent si, et dans quelle mesure, les Canadiens qui doivent prendre des médicaments coûteux devront faire face à une crise financière personnelle.

Deuxièmement, notre recherche révèle qu'environ 98 p. 100 de tous les Canadiens ont une forme quelconque d'assurance-médicaments publique ou privée qui leur offre un certain niveau de protection contre le coût excessif des médicaments. Enfin, de nombreuses personnes sont surprises par le nombre élevé d'assurés. J'y reviendrai au cours de mon exposé.

Enfin, dans notre rapport, nous faisons une distinction entre l'assurance complète et partielle pour se protéger du coût excessif des médicaments. Quand nous parlons d'une couverture complète, il s'agit d'une limite plafonnée prédéterminée du coût que la personne doit payer personnellement, quel que soit le montant réel du coût des médicaments. Dans le cas de l'assurance partielle, il n'y a pas de plafond quant au montant que l'assuré doit verser personnellement. Avec l'augmentation du coût des médicaments, la part de ces médicaments augmente aussi.

D'après notre recherche, 82 p. 100 de tous les Canadiens ont une assurance complète assortie d'un plafond maximum sur leurs coûts personnels.

Je vais maintenant vous donner quelques détails sur ces aspects et sur d'autres en commençant par le chapitre 2, page 6.

Tout d'abord, permettez-moi de situer la question à l'étude aujourd'hui dans le contexte plus général du coût des soins de santé.

Our research is not about the aggregate level of drug costs in Canada's health system, nor is it about the relative proportion of drug costs to other sources of health system expenditures. This aggregate drug cost issue has attracted extensive comment and analysis over recent years because drug expenditures have been rising dramatically in absolute terms and as a share of overall health spending.

For the "average" Canadian, the direct financial impact of this rise in drug expenditures is relatively modest. The proportion of average household expenditures committed to prescription drugs remains small in absolute terms. In 1999, the annual per capita expenditure on prescription drugs was \$331.38, of which only \$75.49 was paid for out-of-pocket.

In spite of this relatively modest level of average cost, all Canadians are potentially exposed to, and some Canadians do incur, much more substantial expenses due to the emergence of innovative but extremely expensive drug treatments. Individual Canadians can face extremely high personal costs for their drug needs.

On page 7, we list a number of ways in which the health care environment has changed in recent years. The total cost to develop and market new drug therapies has risen fairly rapidly as pharmaceutical companies have tackled more challenging diseases but also face more stringent drug approval regimes around the world. Many of the newer drug therapies are targeted at chronic conditions that are treated at home, as opposed to acute conditions that are treated in hospital. Changes in medical practice — and in some cases these are driven by financing issues, as well as new technology — have replaced hospital-based treatment with home care for some conditions that, historically, have had high drug therapy costs, such as cancer.

On page 8, we list some of the implications of this issue. First, and most obviously, depending upon the drug plan coverage, some individuals can experience substantial, personal financial costs for drug expenses. Some individuals facing significant personal financial burden may discontinue, or perhaps not commence, required medications. Medical practitioners may order hospital-based treatment, which is more costly, so that patients are not required to incur personal expenses for drugs that might be dispensed from community pharmacies. Doctors and patients may choose to use cheaper but less-effective drugs. In another situation, individuals on social assistance would face a disincentive to leave social assistance because they would lose their drug coverage.

Notre recherche ne porte pas sur le montant global du coût des médicaments dans le régime de santé canadien, ni sur le pourcentage relatif que représente le coût des médicaments par rapport aux autres dépenses du régime de santé. Ce coût global des médicaments a fait l'objet de nombreux commentaires et d'analyses ces dernières années parce que le coût des médicaments a augmenté de façon marquée, en termes absolus, et en pourcentage des dépenses globales dans le domaine de la santé.

Pour le Canadien «moyen», l'incidence financière directe de cette augmentation du coût des médicaments est assez modeste. Le pourcentage des dépenses moyennes des ménages consacrées aux médicaments de prescription demeure faible, en termes absolus. En 1999, les dépenses annuelles par habitant au titre médicaments de prescription étaient de 331,38 \$, dont seulement 75,49 \$ représentaient une dépense personnelle.

Malgré ce niveau assez modeste du coût moyen, tous les Canadiens peuvent être exposés et certains Canadiens doivent assumer des coûts beaucoup plus importants à cause de la découverte de traitements novateurs qui entraînent l'utilisation de médicaments très coûteux. À titre personnel, les Canadiens peuvent faire face à des coûts très élevés pour leurs médicaments.

À la page 7, nous énumérons plusieurs des changements survenus au chapitre des soins de santé ces dernières années. Le coût total pour mettre au point et commercialiser de nouvelles thérapies fondées sur les médicaments a augmenté plutôt rapidement parce que les compagnies pharmaceutiques se sont attaquées à des maladies qui représentaient un plus grand défi, mais aussi parce qu'elles font face à des régimes d'approbation des médicaments plus stricts partout dans le monde. De nombreuses nouvelles thérapies visent des conditions chroniques qui se soignent à domicile, plutôt que des conditions aiguës qui doivent être traitées à l'hôpital. Un changement au niveau des pratiques médicales — dans certains cas poussés par des considérations financières autant que par les nouvelles technologiques — ont remplacé les traitements à l'hôpital par des traitements à domicile, pour certaines maladies telles que le cancer où traditionnellement on utilise des médicaments très coûteux.

À la page 8, nous énonçons certaines des répercussions de cette question. Tout d'abord, et c'est ce qui est le plus évident, selon le régime d'assurance, certaines personnes peuvent faire face à des coûts financiers personnels considérables pour leurs médicaments. Certaines personnes, à cause de ce lourd fardeau financier, devront peut-être discontinuer ou ne pas commencer le traitement avec certains médicaments. Les médecins peuvent prescrire des traitements à l'hôpital qui sont plus coûteux de sorte que le patient n'a pas à faire face à la dépense personnelle des médicaments qui peuvent être délivrés par des pharmacies communautaires. Les médecins et les patients peuvent décider d'utiliser des médicaments moins coûteux mais moins efficaces. Dans d'autres situations, pour les assistés sociaux ne voulant pas perdre leur assurance-médicaments, ce serait un frein car ils ne veulent pas perdre leur aide sociale.

A private-sector drug plan to which the affected individual belongs, might experience sufficient financial stress to prompt the drug plan sponsor to limit or discontinue the plan, which would therefore reduce drug expense protection for everyone else in that same plan. As well, other plan sponsors might decide to take pre-emptive action to reduce benefit levels to reduce their own exposure so that they do not get hit as well.

Our research looks at the first issue, the first implication, which is that individuals can experience substantial, personal costs. In chapter 3, our report reviews the pattern of drug plan coverage in Canada and looks at how various types of drug plans protect those who require expensive drugs.

On page 10, we take note that a small number of Canadians have no coverage. Recent studies have put that number between 2 per cent and 4 per cent, which is in the range of 600,000 to 1.2 million individuals. The number earlier today was 800,000. Our statistical models, which are based on slightly different data from that of Mr. Ferguson, come up with about 2 per cent.

The committee may be aware of surveys that place drug coverage levels much lower at 65 per cent to 70 per cent. Mr. Shillington and I have had the opportunity to examine the methodology and data from some of these studies. One of those is the National Population Health Survey done by Statistics Canada. We have no quarrel with the research methodology because it is sound, but it is important to recognize that what is being measured is not actual coverage but rather perception of coverage. When we dig into the data, we find that many Canadians do not include government drug plans in their perception of what constitutes a "drug plan."

In addition, these investigations are not typically focused on the issue of severe drug expenses. Respondents to these surveys are almost certainly thinking about routine levels of drug expense. We would agree that the number of people who do not have effective coverage for routine drug expenses is much higher than 2 per cent.

The public plan sector is discussed on page 11. It is worth noting that all provinces have public drug programs that cover virtually all of the drug costs of low-income seniors — those on the Guaranteed Income Supplement. This is about 5 per cent of Canada's adult population. This group is basically fully protected from severe drug expenses, as well. All provinces, except Newfoundland, offer coverage to higher-income seniors as well. All provinces have programs that provide necessary drugs for social assistance recipients, a group that comprised approximately 6.8 per cent of the population in the year 2000. This group is well protected from severe drug expenses.

Un régime d'assurance-médicaments privé auquel a adhéré le malade qui prend des médicaments coûteux peut subir suffisamment de pressions financières pour pousser le parrain du régime à le limiter ou à y mettre fin, ce qui réduirait la protection de tous les autres adhérents au même régime. D'autres régimes pourraient décider de prendre des mesures de précaution et réduire le niveau des prestations afin de réduire leurs propres risques de façon à ne pas encourir ces frais plus élevés.

Dans notre recherche, nous avons examiné la première question, la première répercussion, à savoir que les personnes peuvent faire face à des coûts personnels considérables. Dans le chapitre 3, nous examinons les modèles d'assurance-médicaments au Canada et nous cherchons à déterminer comment divers types de régimes protègent ceux qui ont besoin de médicaments coûteux.

À la page 10, nous notons qu'un petit nombre de Canadiens n'a pas d'assurance. Des études récentes placent ce nombre entre 2 et 4 p. 100, ce qui représente 600 000 à 1,2 million de personnes. Il a été question plus tôt aujourd'hui de 800 000 personnes. Nos modèles statistiques, fondés sur des données légèrement différentes à celles de M. Ferguson, donnent environ 2 p. 100.

Les membres du comité sont peut-être au courant de sondages qui fixent à des niveaux beaucoup plus bas de 65 à 70 p. 100 l'assurance-médicaments. M. Shillington et moi-même avons eu l'occasion d'examiner la méthodologie et les données de certaines de ces études. Il s'agit notamment de l'enquête nationale sur la santé de la population de Statistique Canada. Nous ne contestons pas la méthodologie de recherche qui est solide, mais il est important de comprendre que ce qui est examiné, ce n'est pas la couverture réelle, mais plutôt la perception d'une couverture. Lorsque nous avons fouillé les données, nous avons constaté que de nombreux Canadiens n'incluent pas les régimes gouvernementaux quand ils pensent à un régime d'assurance-médicaments.

En outre, ces enquêtes ne portent pas expressément sur la question du coût élevé des médicaments. Les répondants à ces enquêtes pensent presque certainement au niveau habituel de dépenses de ce genre. Nous convenons que le nombre de personnes qui n'ont pas de couverture efficace pour l'achat de médicaments ordinaires est beaucoup plus élevé que 2 p. 100.

La page 11 présente les régimes publics. Il est à noter que toutes les provinces ont un programme d'assurance-médicaments qui couvre presque tous les coûts des médicaments des aînés à faible revenu — ceux qui reçoivent le Supplément de revenu garanti. Il s'agit d'environ 5 p. 100 des adultes au Canada. Ce groupe, en somme, est complètement protégé contre les hausses vertigineuses des prix des médicaments. Toutes les provinces, sauf Terre-Neuve, possèdent des programmes à l'intention des aînés mieux nantis aussi. Toutes les provinces ont des programmes qui assurent les médicaments nécessaires aux prestataires d'aide sociale, qui représentaient en l'an 2000 environ 6,8 p. 100 de la population. Ce groupe est bien protégé des hausses importantes des coûts des médicaments.

A federal program assumes the full cost of providing drugs and other health services for recognized Aboriginal populations and for certain Armed Forces veterans. These groups account for approximately 2 per cent of the population and they are, thus, well protected.

The governments of British Columbia, Saskatchewan, Manitoba and Ontario have drug programs targeted to the general population that provide a protective cap — in some cases they are based on family income — on the personal financial cost of drug expenses to be borne by individuals.

Quebec has legislation that mandates drug coverage with out-of-pocket caps no higher than \$750 for all residents, either under an employer-sponsored program or under the provincial program. Thus, Quebec residents are protected against personal financial costs above these pre-determined levels.

Alberta offers a public, voluntary premium-based program to all residents. It provides significant drug expense coverage after a three-month waiting period.

In summary, there are a significant number of public sector drug plans that provide a degree of protection against personal financial hardship for Canadians who face these severe levels of drug expense. Before we review the extent of this protection in more precise terms, I will offer observations about private sector plans, which can be found on page 12 of the report.

Private-sector plans are important contributors to the drug coverage of Canadians. They cover approximately 58 per cent of Canadians and, it is worth noting with respect to private sector plans, they exist entirely due to the voluntary initiative of plan sponsors. A large majority of these plan sponsors are employers, but significant numbers of Canadians are covered under group plans that are sponsored by unions, by joint union-employer entities and by educational institutions for students. In addition, about 1 per cent of Canadians are covered by individually purchased health insurance policies.

An estimated 2.4 million Canadians have private sector plans that cover 100 per cent of drug expenses, thus completely protecting these members from financial hardship in the event that they face severe drug costs. Beyond that, an additional 7.3 million Canadians, for a total of 9.7 million Canadians, which would amount to 55 per cent of those who are actually covered by private sector plans, have plans that include an overall protective cap on their out-of-pocket costs.

There are another 8.1 million Canadians who are in private sector plans that have substantial, but incomplete, protection against severe drug expenses.

While drug plans have many features and attributes, there are only four provisions that are particularly relevant to the discussion of the extent of protection against severe drug expenses. These are deductibles, the initial deductible;

Un programme fédéral rembourse intégralement les coûts des médicaments et des autres services de santé fournis aux populations autochtones reconnues et à certains anciens combattants des forces armées. Ces groupes représentent environ 2 p. 100 de la population et ils sont bien protégés.

Les gouvernements de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, du Manitoba et de l'Ontario ont des programmes de médicaments à l'intention de la population générale qui prévoient un plafond — dans certains cas, le montant est basé sur le revenu familial — qui limite les coûts que doivent supporter les particuliers pour les médicaments.

Au Québec, la loi prévoit un régime d'assurance-médicaments où chaque citoyen n'a pas à déboursier plus de 750 \$ pour les médicaments, qu'il soit couvert par un régime de leur employeur ou par le régime provincial. Les résidents du Québec sont donc protégés contre des dépenses en santé qui dépassent un certain seuil.

En Alberta, il y a un régime public facultatif, à base de primes, qui est ouvert à tous les résidents. Après une période d'attente de trois mois, l'assuré jouit d'une protection assez étendue.

Pour résumer, bon nombre de régimes d'assurance-médicaments du secteur public prévoient une certaine protection contre le fardeau financier excessif pour les Canadiens qui font face à ces dépenses très élevées pour médicaments. Avant de décrire dans plus en détail ces protections, je vais faire des observations concernant les régimes du secteur privé, ce dont il est question à la page 12 du rapport.

Les régimes du secteur privé jouent un rôle important dans le domaine de l'assurance pour médicaments au Canada. Ils couvrent environ 58 p. 100 des Canadiens et, chose importante, ils dépendent entièrement de l'initiative volontaire de leurs promoteurs. Une grande majorité de ces promoteurs sont des employeurs, mais un bon nombre de Canadiens sont assurés en vertu de régimes de groupe instaurés par des syndicats, des entités mixtes patronales-syndicales et des établissements scolaires. De plus, environ 1 p. 100 des Canadiens ont une assurance-maladie qu'ils paient eux-mêmes.

Quelque 2,4 millions de Canadiens sont couverts par un régime du secteur privé qui rembourse intégralement les dépenses pour médicaments, ce qui les protège pleinement d'un fardeau financier excessif en cas de coûts de médicaments très élevés. Il faut ajouter à cela les 7,3 millions de Canadiens, pour un total de 9,7 millions, c'est-à-dire 55 p. 100 de ceux qui sont couverts par un régime du secteur privé, dont le régime comprend le plafonnement des dépenses personnelles pour les médicaments.

Un autre 8,1 millions de Canadiens sont inscrits à un régime du secteur privé qui offre une protection considérable, mais incomplète, contre les coûts très élevés pour médicaments.

Les régimes d'assurance-médicaments ont beaucoup de caractéristiques différentes, mais quatre aspects seulement sont très pertinents pour l'analyse de la protection contre les coûts de médicaments très élevés. Il s'agit des franchises, de la franchise

co-payments, which are sometimes known as co-insurance; annual or lifetime maximums, which limit pay out; and out-of-pocket caps.

One of the difficulties in talking about drug plans is that drug plan terminology is not totally standardized. I am sure the committee has already noted this.

In the interests of clarity I will review some of the terminology that I will use today.

“Deductible” is the initial amount of drug expense that must be paid by the individual before the drug plan reimburses anything. Deductibles, unless they were extraordinarily high, usually have minimal impact on the degree of protection a plan provides against severe drug expense.

“Co-payments” are the portion of each prescription that must be paid by the individual. Co-payments take the form either of a percentage, such as 20 per cent, or a fixed amount per prescription, which might be \$2 or \$5.

An “annual or lifetime maximum” restricts the total amount of expense that a plan will reimburse, and will set an upper limit. Beyond this limit the individual person would have to pay the drug expense. For instance, a plan might say that there is an annual maximum of \$10,000, which means that beyond the \$10,000 it would be out-of-pocket.

However, the term “out-of-pocket caps” is actually a positive provision that restricts the amount of deductibles and co-payments imposed on an individual. In effect, people are then fully covered for the balance. These caps may be expressed either as a fixed amount, such as \$750, which is the provision in the Quebec legislation, or it might be expressed as a percentage of family income, which is the approach used in other provinces, such as Saskatchewan and Ontario.

Today, when we talk about “out-of-pocket costs,” we mean the required deductibles and co-payments, as well as expense amounts that are in excess of annual maximums. Our definition of this term is consistent with the practice in public and private sector drug plans. However, the average Canadian might disagree. I point out that provisions such as limited formularies or price controls in some plans create additional personal costs. Our research model does not account for these. We are assuming people are getting their drugs within the formularies that have been set up by the plan.

On page 15, there is a chart which illustrates the out-of-pocket costs under this definition of deductibles and co-payments that would be required for an individual who had a \$20,000 drug bill. You can see there is a number of recognizable plans here. There is a wide range of how much a person would have to pay for those \$20,000 of drugs, ranging from zero for some plans to people without plans who would pay the entire \$20,000.

We can see that for those on social assistance, typically, the cost is nothing. Under the Indian Affairs plan, again, the cost is essentially zero. In many common employee benefit plans there

initiale; de la quote-part, appelée parfois coassurance; des plafonds annuels ou à vie, qui limitent les remboursements; et les plafonds des dépenses personnelles.

Une des difficultés en ce qui concerne les régimes d'assurance-médicaments, c'est que la terminologie n'est pas tout à fait uniformisée. Je suis certain que le comité a déjà constaté cela.

Par souci de clarté, je vais revoir certains termes que je vais employer aujourd'hui.

«Franchise» veut dire le montant initial du coût des médicaments qui doit être payé par l'individu avant de recevoir un remboursement en vertu du régime d'assurance-médicaments. À moins d'être extrêmement élevées, les franchises ont normalement une incidence minimale sur la protection offerte par un régime contre les coûts des médicaments très élevés.

La coassurance représente la proportion de chaque ordonnance à la charge de l'assuré. Il peut s'agir d'un pourcentage, par exemple, 20 p. 100, ou d'un montant fixe par ordonnance, par exemple 2 \$ ou 5 \$.

Une «garantie maximale annuelle ou à vie» limite le montant total des dépenses qui peuvent être remboursées par le régime et fixe un plafond global. Les dépenses pour médicaments qui dépassent cette limite sont à la charge du particulier. Par exemple, un régime pourrait fixer un plafond annuel de 10 000 \$, ce qui veut dire que tout montant qui dépasse 10 000 \$ serait payé directement par l'individu.

Par contre, le terme «plafond des dépenses personnelles» désigne une protection limitant le montant de la franchise et de la coassurance imposée à l'assuré. Il signifie que les autres coûts sont entièrement assurés. Il peut s'agir d'un montant fixe, comme 750 \$, comme c'est prévu dans la loi québécoise, ou un pourcentage du revenu familial, qui est l'approche adoptée par d'autres provinces, comme la Saskatchewan et l'Ontario.

Aujourd'hui, le terme «dépenses de santé personnelles» désigne la franchise et la coassurance exigées, en plus des dépenses qui dépassent les plafonds annuels. Nous définissons ce terme de la même façon que les régimes d'assurance-médicaments des secteurs public et privé. Mais le Canadien moyen pourrait ne pas être d'accord. Je signale que des dispositions dans certains régimes qui prévoient des formulaires limités, des prix contrôlés, etc., peuvent entraîner des coûts personnels supplémentaires. Notre modèle de recherche ne tient pas compte de ce genre de disposition. Nous partons du principe que les médicaments achetés font partie du formulaire du régime.

À la page 15, un tableau indique les dépenses personnelles basées sur cette définition de franchise et de coassurance qui seraient exigées pour un individu qui avait des coûts de médicaments de 20 000 \$. On voit ici un certain nombre de régimes connus. Les dépenses personnelles varient beaucoup, allant de zéro en vertu de certains régimes à 20 000 \$ pour quelqu'un qui n'a pas d'assurance-médicaments du tout.

Les bénéficiaires d'aide-sociale, de façon générale, ne paient rien. De même, ceux qui sont assurés par le régime des Affaires indiennes n'ont essentiellement aucune dépense. Plusieurs régimes

might be a small deductible of \$25. The out-of-pocket cost in the Alberta seniors' plan is about \$900. In Ontario, under the Trillium Plan, a family with \$60,000 of annual income would pay \$2,400. Somebody working for the federal civil service would pay just over \$4,000, and so forth.

Talking about large expenses, we recently did an analysis of claims data drawn from employer-sponsored plans in Canada for the year 2000. We had data from approximately half of those plans. What we found is that a few individuals have individual drug expenses that exceeded \$200,000. The number was few — in fact, it was a very small number — but drug expenses can hit in excess of \$200,000.

Moving down the scale, about one person in 1,000 had medical expenses in excess of medicare that exceeded \$10,000. These are expenses that were insured privately. The great majority of these expenses were for prescription drugs.

From this data, we can estimate that about 53,000 people in Canada covered by private sector plans had drug expenses that exceeded \$5,000 in the year 2000.

We believe that a review of some public sector plans would suggest that the rate of high expense individuals in those plans is much higher because, typically, public plans cover higher need individuals, such as seniors and those on social assistance.

We concluded there are currently more than 100,000 Canadians whose drug expense exceed \$5,000. That number is certain to increase in future years as we see more new drug treatments come along and as the population ages.

In Chapter 4, on page 17, we describe our methods. What we have done in our research is we have created a statistical model of drug plan coverage in the Canadian population. We then used this model to simulate the financial impact of various severe drug claim scenarios. Underlying the model is a large sample of about 60,000 families that were drawn from Statistics Canada resources. Ultimately, what we report here are simulations. They are what if something happens. When we talk about people who have \$20,000 of expenses, we are not talking about the real individuals out there who incurred these levels, but this arbitrary, hypothetical situation where everyone in the Canadian population winds up with a \$20,000 drug bill and we then answer the question: Who pays?

The actual simulation results are presented in Chapter 5, which begins on page 25. To assess how effectively the network of drug plans in Canada protects individuals from this risk of hardship, we looked at three hypothetical, severe drug cost scenarios. We looked at \$5,000, \$20,000 and \$80,000 of annual expenses. In each of these scenarios we counted the proportion of population that would fall into various levels of out-of-pocket costs, the first level being up to \$750, the next being up to \$2,000, then up to \$4,000,

d'employés comportent une franchise minimale de 25 \$. Les dépenses personnelles en vertu du régime pour aînés en Alberta se situent à environ 900 \$. En Ontario, en vertu du régime Trillium, une famille ayant des revenus annuels de 60 000 \$ dépenserait 2 400 \$. Un fonctionnaire fédéral paierait un peu plus de 4 000 \$, et ainsi de suite.

Pour vous donner une idée des coûts possibles, nous avons fait une analyse récemment des données liées aux demandes de remboursement en vertu de certains régimes d'employeurs au Canada pour l'an 2000. Nous avons obtenu les données d'environ la moitié de ces régimes. Il s'est avéré que quelques individus ont dépassé les 200 000 \$ en coûts de médicaments. Ils étaient peu nombreux — en réalité, très peu nombreux — mais les dépenses pour médicaments peuvent dépasser 200 000 \$.

Hormis les cas extrêmes, environ une personne sur mille avait des dépenses qui dépassaient de plus de 10 000 \$ les dépenses assurées par le régime. Ces dépenses étaient couvertes par une assurance privée. La vaste majorité de ces dépenses représentaient des médicaments sur ordonnance.

Ces données nous ont permis de conclure que quelque 53 000 Canadiens assurés par un régime du secteur privé ont encouru des dépenses pour médicaments de plus de 5 000 \$ en l'an 2000.

Nous croyons qu'une analyse de certains régimes du secteur public révélerait que la proportion d'individus ayant des dépenses élevées en vertu de ces régimes est beaucoup plus élevée puisque les régimes publics couvrent généralement des individus ayant des besoins élevés de soins, tels que les aînés et les assistés sociaux.

Nous avons pu conclure que plus de 100 000 Canadiens ont des dépenses de médicaments supérieures à 5 000 \$. Ce chiffre va certainement augmenter dans les années à venir en raison des nouveaux traitements pharmacologiques et du vieillissement de la population.

Au chapitre 4, à la page 17, nous expliquons notre méthodologie. Dans le cadre de notre recherche, nous avons créé un modèle statistique de l'assurance-médicaments au Canada. Ce modèle a servi ensuite à simuler l'incidence financière de certains scénarios de dépenses très élevées pour médicaments. Le modèle est basé sur un grand échantillon de quelque 60 000 familles que nous avons compilé à partir des ressources de Statistique Canada. Il s'agit donc ici de simulations, au fond. On applique une hypothèse. Quand on parle de dépenses de 20 000 \$, on ne parle pas d'un individu réel qui aurait encouru ces dépenses, mais plutôt d'une situation hypothétique et arbitraire où tous les Canadiens se retrouvent avec des dépenses de médicaments de 20 000 \$, et nous faisons ensuite l'analyse pour déterminer qui paie quoi.

Les résultats véritables de ces simulations sont présentés au chapitre 5, qui commence à la page 25. Afin d'évaluer l'efficacité du réseau de régimes d'assurance-médicaments au Canada en ce qui concerne la protection des personnes contre ce fardeau financier excessif, nous avons examiné trois scénarios hypothétiques de coûts très élevés pour médicaments. Nous avons choisi des dépenses annuelles de 5 000 \$, de 20 000 \$ et de 80 000 \$. Pour chaque montant, nous avons calculé la proportion

and more than \$4,000. Isolated in our analysis are those people who have no coverage whatsoever and have to pay the entire amount.

Our analyses of these various scenarios lead us to identify three broad categories of people based on how their drug coverage behaves when faced with high expenses. In the first category, which we call protected, they have drug plans which limit out-of-pocket costs to predetermined levels that do not vary by the amount of drug expense.

The second category are those partially protected. They have drug plan provisions that absorb significant proportions of the drug expense but, as their drug expense rises, their out-of-pocket costs will continue to rise.

The third category includes that small number of people who are in the unhappy situation of having no coverage and have to pay 100 per cent of any expense from their own pockets.

Provincial drug plans and related public policy are the largest single factor which determine the level of protection against severe drug expenses throughout the population. Consequently, the analysis in our report is presented province by province. I will not go through every province individually.

I draw your attention to the example on page 27. This is for the province of Nova Scotia. The first line indicates that 47 per cent of the population would have out-of-pocket costs of \$750 or less, if they had drug expenses of \$5,000. This is also true if the drug expense were \$20,000 or even \$80,000. These are the people that we call "fully protected." In actual fact, some of these people are covered by the seniors' program, some by social assistance, and some are covered by employer-sponsored plans with caps.

Moving down the table, we see that 29 per cent of the population would have out-of-pocket costs of \$750, up to \$2,000, with drug expenses of \$5,000. However, as the drug costs increase to \$20,000, these people slide into higher levels of out-of-pocket cost.

Finally, the last line on the table shows that 24 per cent of Nova Scotia residents have no drug plan coverage that would protect them against severe drug expense.

Then we move to the provincial summary on page 48. There are several charts on these three pages. While the lack of coverage for a substantial proportion of Atlantic Canada remains a striking feature of the national pattern, we can also see significant variations in out-of-pocket levels among provinces that have programs that cover their entire population. Quebec stands out as

de la population qui se retrouveraient dans différentes catégories par rapport aux coûts personnels, d'abord 750 \$ et moins, ensuite jusqu'à 2 000 \$, jusqu'à 4 000 \$, et plus de 4 000 \$. Nous avons aussi calculé le pourcentage des gens qui n'ont aucune assurance-médicaments et qui doivent donc défrayer le coût total eux-mêmes.

Nos analyses nous permettent de repérer trois grandes catégories de personnes selon la couverture de leur régime lorsqu'ils font face à des coûts de médicaments très élevés. Dans la première catégorie, celle des personnes protégées, les régimes d'assurance-médicaments limitent les dépenses personnelles à des niveaux prédéterminés qui ne varient pas en fonction des dépenses encourues pour les médicaments.

Ceux qui sont partiellement protégés se retrouvent dans la deuxième catégorie. Les régimes de ces personnes absorbent une part importante des coûts des médicaments, mais les dépenses personnelles continuent d'augmenter au fur et à mesure que le coût des médicaments augmente.

La troisième catégorie comprend le petit nombre de personnes qui n'ont malheureusement aucune assurance-médicaments et qui doivent assumer 100 p. 100 de toutes les dépenses.

Les régimes provinciaux d'assurance-médicaments et les politiques gouvernementales connexes constituent le facteur le plus important qui détermine le niveau de protection en général contre les coûts de médicaments très élevés. Par conséquent, les résultats de notre analyse sont répartis selon la province dans le rapport. Je ne vais pas parler de chaque province.

Je voudrais, par contre, attirer votre attention sur l'exemple à la page 27. Il s'agit de la Nouvelle-Écosse. La première ligne indique que 40 p. 100 de la population aurait à défrayer 750 \$ ou moins si les coûts des médicaments s'élevaient à 5 000 \$. C'est le cas aussi si les médicaments coûtaient 20 000 \$ ou même 80 000 \$. Ce sont les personnes que nous considérons comme pleinement protégées. En réalité, une partie de ce groupe est couverte par le régime pour aînés, une autre partie par l'aide sociale, et une autre par des régimes d'employeurs qui comportent un plafond.

Si on passe à la ligne suivante du tableau, on constate que 29 p. 100 de la population aurait des dépenses personnelles variant entre 750 \$ et 2 000 \$ si les coûts des médicaments se chiffraient à 5 000 \$. Mais si les coûts des médicaments atteignent 20 000 \$, les dépenses personnelles de ce groupe seraient plus élevées.

Enfin, la dernière ligne du tableau indique que 20 p. 100 des résidents de la Nouvelle-Écosse n'ont aucune assurance-médicaments pour les protéger contre des coûts de médicaments très élevés.

La page 48 présente une synthèse des résultats répartis selon la province. Ces trois pages contiennent un certain nombre de tableaux. Sur le plan national, les provinces de l'Atlantique se distinguent très nettement en raison de la proportion substantielle des résidents qui n'ont aucune assurance-médicaments. Cela dit, il existe aussi des différences importantes en ce qui concerne les

having the least variation in protection levels, followed by British Columbia, Manitoba and Saskatchewan. These are protection levels as stated in our absolute dollar amounts.

On page 52, our report indicates that the provinces can be allocated to one of three groups. First, there are those provinces that have fully protected coverage for all residents. These provinces are British Columbia, Saskatchewan, Manitoba, Ontario and Quebec. Second are those provinces that have either protected or partially protected coverage for all residents. Alberta is the only province in this category. Third, there are provinces where some residents are unprotected. As we know, the four provinces in Atlantic Canada are in this category.

In summary, I would list the conclusions of our research, which appear on page 52, as follows: New drug therapies and changing patterns of health care have created a situation in which Canadians with an increasing range of medical conditions may require extremely costly prescription drugs outside hospitals and, thus, outside medicare coverage.

While the statistical frequency of this situation remains low, it is increasing due to innovations in drug therapies. For example, while it is likely that fewer than five or six Canadians in a thousand would require prescription drugs costing more than \$5,000 a year, there are more than 100,000 Canadians, and that number is certain to increase over the years ahead.

Membership in drug coverage plans and the provisions of these plans determines whether, and to what extent, Canadians requiring costly prescription drugs would actually experience substantial personal financial cost.

Nearly all Canadians, 98 per cent, have some form of public or private sector drug plan coverage that provides a degree of protection against severe drug expenses.

Essentially, 100 per cent of Canadian seniors have drug coverage and have protective caps on their out-of-pocket costs. In all provinces, low-income seniors have coverage and have fully protected caps. Furthermore, in all provinces, social assistance recipients are covered against severe drug expenses with minimal or no personal financial cost.

For the great majority of Canadians, 82 per cent, coverage provides an overall protective cap on out-of-pocket costs, regardless of the severity of the severe drug expenses. Sixteen per cent of the population has drug coverage plans without protective caps that require percentage co-payments or have reimbursement limits. For these individuals, out-of-pocket costs would increase in the severity of their drug expenses. Most

dépenses personnelles dans les provinces qui ont un régime universel. Le Québec est la province où le niveau de protection varie le moins, suivi de la Colombie-Britannique, du Manitoba et de la Saskatchewan. Le niveau de protection est calculé en dollars absolus.

À la page 52 du rapport, les provinces sont réparties en trois groupes. Il y a d'abord les provinces où tous les résidents sont pleinement assurés. Il s'agit de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario et du Québec. La deuxième catégorie comprend les provinces où une proportion de la population est pleinement protégée tandis que l'autre proportion est partiellement protégée. L'Alberta est la seule province de ce genre. La troisième catégorie comprend les provinces où certains résidents n'ont aucune assurance. Comme nous l'avons déjà dit, les quatre provinces de l'Atlantique sont dans cette catégorie.

Pour résumer, j'aimerais présenter nos conclusions, qui se trouvent à la page 52: les nouvelles pharmacothérapies et les nouvelles approches en soins de santé ont créé une situation où les Canadiens atteints d'une gamme croissante de conditions médicales peuvent nécessiter des médicaments prescrits extrêmement coûteux en dehors du milieu hospitalier et donc exclus des régimes d'assurance.

Bien que, statistiquement, cette situation reste moins fréquente, elle se produit de plus en plus du fait des innovations en pharmacothérapies. Par exemple, alors, que selon les probabilités, moins de cinq ou six Canadiens sur 1 000 ont besoin de médicaments d'ordonnance pour plus de 5 000 \$, il y a plus de 100 000 Canadiens dans cette situation et ce chiffre va certainement augmenter au cours des années futures.

L'adhésion à des régimes d'assurance-médicaments et les dispositions de ces régimes, détermine la mesure dans laquelle les Canadiens qui ont besoin de médicaments coûteux risquent de devoir assumer de lourds coûts financiers.

Pratiquement tous les Canadiens, 98 p. 100 pour être précis, ont une assurance-médicaments publique ou privée qui leur offre une certaine protection contre les dépenses lourdes en médicaments.

Il y a pratiquement 100 p. 100 des Canadiens âgés qui bénéficient d'une assurance-médicaments et d'un plafond à leurs dépenses personnelles en médicaments. Dans toutes les provinces, les personnes âgées à faible revenu sont assurées et bénéficient d'un plafonnement entièrement protégé. En outre, dans toutes les provinces, les assistés sociaux sont assurés contre les dépenses lourdes en médicaments et n'ont souvent pas du tout de frais personnels à engager.

Pour la grande majorité des Canadiens, soit 82 p. 100, le régime prévoit un plafonnement protecteur des frais personnels, quelle que soit l'importance des dépenses pour l'achat de médicaments. Seize pour cent des Canadiens ont un régime d'assurance-médicaments sans plafonnement qui prévoit des paiements partagés à hauteur d'un certain pourcentage ou qui impose des limites au remboursement. Pour ces personnes, les

commonly, these individuals are exposed to out-of-pocket costs equal to 20 per cent of their drug expenses, even for high drug expenses.

About 2 per cent of Canadians have no drug coverage whatsoever. All of these individuals reside in one of the four Atlantic provinces, where between 24 and 30 per cent of the population has no public or private sector drug coverage.

That concludes my presentation. We would be happy to take any questions.

The Chairman: Since you were in the room when we had the discussion with the previous witnesses, if we go back to our objective of trying to ensure that Canadians do not suffer undue financial hardship as a result of being sick, and that we include in that not just hospitals and doctors but drugs as well, on the basis of your data and your experience with the health insurance industry where you help to design programs and give an input to data for programs, the chapter that I would be looking for would be a chapter 7, since you stop at chapter 6. Chapter 7 would answer the question: All right, wise guy. What do I do now? That is, given our objective, what is the plan that solves the problem?

Mr. Fraser: My area of expertise is insurance plans. The technical issue of designing a plan has been done. There are a number of models out there that already provide coverage for entire populations. You can choose different models. There is a B.C. model, a Quebec model and an Ontario model. To a greater or lesser extent, they have achieved that objective for their own population.

The real challenge for this committee is to assure a national standard or achieve a national objective, which takes me out of my area of expertise. The fundamental problems are financial, constitutional and political.

The Chairman: We are happy to deal with the first one.

Mr. Fraser: The first one is financial. Depending on where we draw the line for catastrophic or excess undue hardship, we are not talking about huge amounts of money. The total money currently spent on drugs is about \$14 million.

The Chairman: It is 14-point something.

Senator Morin: It is 15 per cent of \$100 billion.

Mr. Fraser: All but \$75 per person is being compensated already in the system. Some of that, obviously, is routine expenditures that one might not be interested in pursuing in the course of this discussion.

frais individuels augmenteraient si leurs frais en médicaments venaient à s'alourdir. Habituellement, ces personnes risquent des frais personnels correspondant à 20 p. 100 de leurs dépenses en médicaments, même pour les médicaments les plus coûteux.

Environ 2 p. 100 des Canadiens n'ont absolument aucune assurance-médicaments. Toutes ces personnes se trouvent dans l'une des quatre provinces de l'Atlantique, où le nombre de personnes sans assurance-médicaments publique ou privée varie de 24 à 30 p. 100.

Voilà qui met fin à mon exposé. Nous serons ravis de répondre à vos questions.

Le président: Puisque vous étiez dans la salle lorsque nous avons eu notre discussion avec les témoins précédents, revenons-en à l'objectif dont nous parlions. Il s'agit d'essayer de veiller à ce que les Canadiens n'éprouvent pas de difficultés financières indues du fait d'une maladie et d'inclure dans ce calcul non seulement les hôpitaux et les médecins, mais aussi les médicaments. En se basant sur vos données et votre expérience du secteur de l'assurance-santé, vous qui aidez à élaborer des programmes et à présenter des données pour les programmes, pourriez-vous nous fournir un chapitre 7, puisque vous arrêtez au chapitre 6. Dans ce septième chapitre, vous répondriez à la question: Très bien, mon vieux, et maintenant: qu'est-ce que je fais? Autrement dit, vu notre objectif, quel est le régime qui permet de résoudre le problème?

M. Fraser: Ma spécialité, ce sont les régimes d'assurance. La difficulté technique, qui consiste à concevoir un régime, a été résolue. Il y a un certain nombre de modèles qui assurent déjà une protection à d'entières populations. On peut choisir entre divers modèles. Il y a celui de la Colombie-Britannique, celui du Québec et celui de l'Ontario. D'une façon ou d'une autre, ces trois provinces ont atteint cet objectif pour leur population.

La vraie difficulté, pour votre comité, c'est de trouver une norme nationale ou d'établir un objectif national, et là nous ne sommes plus tout à fait dans mon domaine de spécialité. Les problèmes fondamentaux sont financiers, constitutionnels et politiques.

Le président: Nous serions contents de traiter du premier.

M. Fraser: Le premier problème, c'est le problème financier. Cela dépend des limites à partir desquelles on considère qu'il y a des difficultés financières catastrophiques ou excessives. On ne parle cependant pas de sommes énormes. Le montant total des dépenses en médicaments est actuellement de 14 millions de dollars.

Le président: Quatorze, quelque chose.

Le sénateur Morin: C'est 15 p. 100 de 100 milliards de dollars.

M. Fraser: Le système indemnise déjà toutes les dépenses qui dépassent 75 \$ par personne. Une bonne partie de cet argent, évidemment, représente des dépenses ordinaires qui ne méritent probablement pas qu'on s'y attarde dans cette discussion-ci.

If we say that the problem is those 800,000 or 1 million people in Atlantic Canada, then we are probably talking in the neighbourhood of \$100 per person, which puts you into \$80 million to solve that issue — that is, if you can contain the issue to that. I am not sure that is possible.

The Chairman: We cannot do that.

Mr. Fraser: If you gross it up to a national level, if you assume that whatever you do in Atlantic Canada which will cost \$80 million to solve a 2 per cent problem and, for equity and politics, you put that to everyone else, then you are looking at \$4 billion.

Mr. Richard Shillington, Principal, Tristat Resources: Atlantic Canada represents 8 per cent of the population. You can use a comparable amount of money. In other provinces, you might be multiplying by 10.

Mr. Fraser: We have 2 per cent. We are multiplying by 50.

The Chairman: We never could do math. That is all right. It is big number.

Mr. Fraser: It is a fairly big number. Most of it is a redistribution.

The Chairman: Can you expand on that?

Mr. Fraser: We could go away and come back with a more accurate number. However, if we are talking about \$80 million to provide some form of protection against high-level expenditures for these people in Atlantic Canada who do not have coverage, then we multiply by 50, and we get \$4 billion. That is assuming that we take away the severe drug expenses from everyone. That is roughly one third of the expenditures already in the system, and most of that is already covered by some form of drug plan. It is a redistribution issue. If that becomes a federal program, it removes roughly \$2 billion of expenses from provincial plans and about \$2 billion from private sector plans. The solution is to not let that become a windfall. You are probably looking at a form of payroll tax to recapture that from employers, or a re-jigging of the transfers to the provinces.

Senator LeBreton: I am pleased to see you have put in the annual per capita expenditure by most Canadians on prescription drugs, and that it is a relatively small amount. Our oncoming problem will be in the area of what we call “catastrophic” drug costs, those that you call “severe.”

What is important is contained in your conclusions, where it is stated that, currently, 100,000 Canadians must pay more than \$5,000 a year. That is the group on which we should focus. You add that this number is virtually certain to increase over the years ahead, obviously due to the higher cost of drugs and perhaps more people using them.

Si nous disons que le problème, ce sont ces 800 000 personnes ou un million de personnes du Canada atlantique, nous parlons probablement de frais d'environ 100 \$ par personne, ce qui signifie qu'il faut environ 80 millions de dollars pour résoudre cette question, à condition bien sûr de limiter le problème à cela. Je ne suis pas sûr que ce soit possible.

Le président: Nous ne pouvons pas le faire.

M. Fraser: Si l'on multiplie cela pour parvenir au niveau national, ou si l'on projette à l'ensemble de la population la somme de 80 millions de dollars servant à résoudre un problème de 2 p. 100 au Canada Atlantique, il faut envisager des coûts de 4 milliards de dollars.

M. Richard Shillington, directeur principal, Tristat Ressources: Le Canada Atlantique représente 8 p. 100 de la population. Vous pouvez utiliser un montant comparable d'argent. Dans d'autres provinces, vous pourriez multiplier par dix.

M. Fraser: Nous avons 2 p. 100. Nous multiplions par 50.

Le président: Nous n'avons jamais été très bons en calcul. Peu importe. C'est un gros chiffre.

M. Fraser: C'est un chiffre assez gros. Mais, pour l'essentiel, c'est de la redistribution.

Le président: Pourriez-vous nous expliquer cela un peu plus?

M. Fraser: Nous pourrions aller faire des calculs et revenir avec un chiffre plus précis. Cela dit, si nous parlons d'environ 80 millions de dollars pour donner à ces gens du Canada Atlantique qui n'ont pas d'assurance une certaine protection contre les dépenses élevées, et que l'on multiplie cela par 50, on obtient 4 milliards de dollars. On suppose donc, dans ce cas-ci, que l'on dispense tous les assurés de l'obligation de payer les frais de médicaments trop onéreux. C'est, grosso modo, un tiers des dépenses déjà prévues au système, et la plupart de ces dépenses sont déjà assurées par divers types d'assurances-médicaments. C'est un problème de redistribution. Si cela devient un programme fédéral, on retire environ 2 milliards de dollars de dépenses des régimes provinciaux et environ 2 milliards des régimes du secteur privé. La solution, c'est de ne pas permettre que cela devienne une source de profit inattendue. Il s'agirait probablement d'une charge sociale pour récupérer la part des employeurs ou d'une restructuration des transferts accordés aux provinces.

Le sénateur LeBreton: Je suis heureuse de voir que vous avez inscrit les dépenses annuelles par habitant de la plupart des Canadiens pour les médicaments d'ordonnance. C'est un montant relativement faible. Le problème à venir concerne ce que l'on appelle les coûts de médicaments «catastrophiques», ce que vous appelez «lourds».

L'essentiel se retrouve dans vos conclusions. Vous y dites qu'actuellement 100 000 Canadiens doivent payer plus de 5 000 \$ par année. C'est sur ce groupe-là que nous devrions nous concentrer. Vous ajoutez qu'il est pratiquement sûr que ce chiffre va augmenter au cours des années à venir, en raison du coût plus élevé des médicaments et peut-être du fait que plus de gens vont s'en servir.

Are you able to expand on that, or to forecast five years down the road what that number might be?

Mr. Fraser: We do not have a five-year forecast. We have tried extrapolating in the private sector. We are seeing total drug expenditures rise in the area of 15 per cent annually. Our projections of these more severe levels show that they are expanding at rates in excess of 20 per cent annually. Part of it is that innovative drug therapies are coming on-stream and they are making it possible for those levels of expenditures to be created for those individuals. You have to escalate the threshold, because it is like bracket creep in income tax in that there is a magnified year-over-year increase. Instead of a break point of \$5,000 in five years, we may be considering a break point of double that figure.

The average drug expenditure is rising much faster than incomes. You would escalate the \$5,000 at 2 per cent or 3 per cent per year, and the drug costs would be escalating at about 20 per cent a year. There will be many more people in five years than there are today.

Senator LeBreton: That is the issue.

The Chairman: The issue is the 100,000 people and how that number will escalate over time. The population is growing at a faster rate than the average drug expense.

Senator Fairbairn: To me there is another issue, and that is: How can one have no protection whatsoever?

The ninth point in your conclusions states that 2 per cent of Canadians have no drug coverage whatsoever, and that all of these individuals reside in one of the four Atlantic provinces where 24 to 30 per cent of the population have no public or private sector drug coverage. Can you give me a profile of an individual in this country who has, for whatever reason, no drug cost coverage whatsoever?

Mr. Fraser: That is fairly easy to do. You have to live in a province that does not provide a universal program. Four provinces meet that criterion. You exclude all the possibilities of coverage.

People who do not have coverage are who those who are not seniors, people who are not on social assistance, and people who are not in an employer-sponsored plan or have a spouse in one. That includes many people. It includes those who are unemployed, or those who are employed but they have not been employed for the three-month probationary period they must serve before they enter the employer plan. A person may be employed by a small employer that has no plan at all; or working for an employer who does have a plan, but is a part-timer and is not being offered that plan; or working for an employer who has a plan, but with an option to join that plan, which, if he or she joins it, will have a payroll deduction so chooses not to join it. I have probably missed a couple of categories.

Pouvez-vous nous donner plus de détails ou des prévisions pour la situation dans cinq ans?

M. Fraser: Je n'ai pas de prévision quinquennale. Nous avons essayé de faire des extrapolations du secteur privé. Nous constatons une augmentation annuelle des dépenses en médicaments de 15 p. 100. Nos projections des dépenses pour les niveaux plus lourds révèlent une augmentation annuelle qui dépasse 20 p. 100. Cela s'explique en partie par le fait que certaines pharmacothérapies novatrices se répandent et rendent possible ces nouveaux niveaux de dépenses. Il faut dépasser le seuil. C'est comme la progression du taux d'imposition du revenu par tranche. L'augmentation d'une année à l'autre s'amplifie. Dans cinq ans, au lieu que le niveau repère soit à 5 000 \$, on envisagera peut-être un chiffre repère qui sera le double.

La moyenne des dépenses en médicaments augmente beaucoup plus vite que les revenus. Le niveau repère de 5 000 \$ augmenterait de 2 ou de 3 p. 100 par année, alors que les coûts des médicaments augmenteraient d'environ 20 p. 100 par année. Dans cinq ans, il y a aura beaucoup plus de gens concernés qu'aujourd'hui.

Le sénateur LeBreton: C'est là le problème.

Le président: Le problème, ce sont les 100 000 personnes et la façon dont ce chiffre va augmenter au fil du temps. La population croît à une plus grande vitesse que la dépense moyenne en médicaments.

Le sénateur Fairbairn: À mon sens, il y a un autre problème. Comment peut-on n'avoir absolument aucune protection?

Dans vos conclusions, au point 9, vous dites que 2 p. 100 des Canadiens n'ont absolument aucune assurance-médicaments et que toutes ces personnes habitent dans l'une des quatre provinces de l'Atlantique où le pourcentage de population qui n'a aucune assurance-médicaments publique ou privée varie entre 24 et 30 p. 100. Pouvez-vous me décrire la personne qui, au Canada, pour quelque raison que ce soit, n'a absolument aucune assurance-médicaments.

M. Fraser: Cela est plutôt facile à faire. Il faut vivre dans une province qui n'offre pas de programme universel. Quatre provinces se conforment à ce critère. On exclut toutes les possibilités d'assurance.

Les gens qui n'ont pas d'assurance sont ceux qui ne sont pas des personnes âgées, ceux qui ne sont pas des assistés sociaux et ceux qui n'ont pas un régime financé par un employeur ou qui n'ont pas de conjoint qui bénéficie d'un régime de ce type. Cela inclut beaucoup de gens. Cela inclut les chômeurs, ceux qui ont un emploi mais n'ont pas terminé le stage initial de trois mois qui précède leur adhésion au régime de l'employeur. Une personne peut également être employée par un petit employeur qui n'a absolument aucun régime ou travailler pour un employeur qui a un régime, mais à temps partiel, elle n'est donc pas admissible au régime. Cette personne peut également être à l'emploi d'un employeur dont le régime prévoit des cotisations versées par l'employé et prélevées sur sa paye et elle peut avoir choisi de refuser de cotiser. J'ai probablement raté deux ou trois autres exemples type.

Mr. Shillington: There are also two groups of self-employed people. The ones who are professionals, and those who call themselves self employed although they really are unemployed. I will add a third group, contract employees. You know of the increasing practice of hiring people on contract, where they are treated as self employed because the employer does not pay CPP or EI and they do not get benefits. However, in every other respect they are probably employees.

Senator Fairbairn: I think it is important we have on the record who we are talking about, and why, because we cannot forget those people.

Senator Morin: I cannot figure out where you got the \$80 million figure. If I understand correctly, it is 1,000 per 1 million of the Canadian population who have drug expenses of more than \$10,000. Can we agree on that?

Mr. Fraser: Yes.

Senator Morin: Let us say there are 1 million people in Atlantic Canada who are not covered, and out of that 1,000 people would incur drug costs of over \$10,000. If the plan covers 100 per cent of the costs, which is not the case, it would amount to \$10 million. Where does the \$80-million figure come from? No plan covers 100 per cent of drug costs. I am wondering why you say it would cost \$80 million to cover catastrophic costs in Atlantic Canada, while a plan to cover the entire 800,000 would cost less than \$10 p. 100 million.

My second question deals with the statistics from CIHI of April 2002. I will take Nova Scotia as an example because it is a larger Atlantic province and it is easier to deal with. Their total drug spending per capita is higher than it is in every province except Ontario. The percentage spent on prescription drugs is similar to that of the other provinces. Public spending in Nova Scotia is higher than in Quebec. At 34 per cent, it is higher than Saskatchewan and Manitoba.

There is an odd phenomenon here. They are spending as much as the other provinces. Their public percentage is as high as the other provinces, per capita. They are spending as much on prescription drugs. Therefore, it is not a matter of resources. Money is going into the pharmacare system. For some reason, they are not protecting their citizens.

The public resources are there. The amount of money is the same as the other provinces. They are spending \$457 per capita compared to Quebec at \$429. It is not a matter of not spending money. For some reason, they are not spending it in the appropriate manner, because they are not protecting their citizens. This is from CIHI, April 2002.

M. Shillington: Il y a également deux groupes de travailleurs autonomes. Il y a ceux qui sont des professionnels et ceux qui se disent travailleurs autonomes, bien qu'en réalité ce soit des chômeurs. Je dois ajouter un troisième groupe, les employés à contrat. Vous connaissez cette pratique de plus en plus répandue d'embaucher à contrat des personnes qui sont traitées comme des travailleurs autonomes parce que l'employeur ne paie pas les cotisations au RPC ou à l'AE et que l'employé ne bénéficie d'aucun des avantages sociaux. Toutefois, à tout autre égard, ce sont probablement des employés.

Le sénateur Fairbairn: Je crois qu'il est important de préciser de qui nous parlons et des raisons pour lesquelles nous en parlons, parce que nous ne pouvons pas oublier ces gens-là.

Le sénateur Morin: Je n'arrive pas à comprendre comment vous obtenez ce chiffre de 80 millions de dollars. Si j'ai bien compris, pour un million de Canadiens, il y en a 1 000 qui ont des dépenses en médicaments qui dépassent 10 000 \$. Sommes-nous d'accord là-dessus?

M. Fraser: Oui.

Le sénateur Morin: Mettons qu'il y a au Canada atlantique un million de personnes sans assurance et que, de ce million, il y a 1 000 personnes dont les médicaments coûtent plus de 10 000 \$. Si ce régime assure 100 p. 100 des coûts, ce qui n'est pas le cas, cela représenterait 10 millions de dollars. D'où vient le chiffre de 80 millions de dollars? Aucun régime n'assure 100 p. 100 du coût des médicaments. Je me demande pourquoi vous dites qu'il faudrait 80 millions de dollars pour les coûts catastrophiques au Canada atlantique, alors qu'un régime qui assure les 800 000 habitants coûterait moins que 10 millions de dollars.

Ma deuxième question porte sur les statistiques d'avril 2002 de l'ICIS. Je prends l'exemple de la Nouvelle-Écosse parce que c'est une des plus grandes provinces de l'Atlantique et parce qu'il est plus facile d'en traiter. Ces dépenses totales en médicaments par habitant sont plus élevées que dans toutes les provinces, exception faite de l'Ontario. Le pourcentage des dépenses consacrées à des médicaments d'ordonnance est semblable à celui des autres provinces. Les dépenses publiques de Nouvelle-Écosse sont plus élevées que celles du Québec. À 34 p. 100, elles sont plus élevées qu'en Saskatchewan et au Manitoba.

Il y a là un étrange phénomène. La Nouvelle-Écosse dépense autant que les autres provinces. Son pourcentage public est aussi élevé que celui des autres provinces, par habitant. Elle dépense autant pour les médicaments d'ordonnance. Par conséquent, ce n'est pas une question de ressources. L'argent est dépensé pour le système de pharmacothérapie. Pour une raison que je ne m'explique pas, la Nouvelle-Écosse ne protège pas ses citoyens.

Les ressources publiques sont là. Le montant est le même que dans d'autres provinces. Cette province dépense 457 \$ par habitant, comparativement à 429 \$ au Québec. Il ne s'agit pas de ne pas dépenser d'argent. Pour je ne sais quelle raison, on ne dépense pas l'argent de la façon appropriée, puisqu'on ne protège pas les citoyens. Ces chiffres sont ceux de l'ICIS pour avril 2002.

I did not deal with the other provinces because their populations are smaller. I thought Nova Scotia would be a good example.

Mr. Fraser: I would address your first question which relates to the cost figure. Frankly, that was a number that was off the top of my head. If I walk through your calculations, I would agree that there are about 1,000 people involved that would have drug expenses in excess of \$10,000. In 2000, the average excess over \$10,000 for these people — and I do not have the numbers with me — would be in the neighbourhood of \$50,000, I believe. The first \$10,000 — up to the threshold — would cost about \$10 million.

Senator Morin: Which threshold are we talking about?

Mr. Fraser: The \$10,000.

Senator Morin: When you are talking about catastrophic costs, you are including coverage below that amount?

Mr. Fraser: No, I am talking about the amount in excess.

Senator Morin: Below the threshold is not being considered here.

Mr. Fraser: No.

Senator Morin: Is that included in your \$80 million?

Mr. Fraser: I must apologize. The \$80 million is not a number that I have developed through research. It was a number, in terms of order of magnitude, that I offered today. It might be \$60 million; it might be \$80 million.

I came up with that number by saying that total drug expenses are somewhere in the \$500 to \$600 per person range, depending upon how you define them. The higher level might be in the neighbourhood of \$1,000. That is not a well-informed estimate.

Senator Morin: What about the Nova Scotia situation that I cited?

Mr. Fraser: People in Nova Scotia are using drugs at a rate that is similar to other provinces and higher than some. Obviously those drugs are being paid for. The pharmacists or the drug companies are not giving them away. One way or the other, these people pay for the drugs.

We know that 24 per cent of the population are paying out of their pocket, although not for 24 per cent of the drugs because we know about half of the drug expenditure in every province is for seniors, and those are covered in Nova Scotia. In dollar terms, perhaps 10 to 20 per cent of the drugs are paid out of pocket.

Je n'ai pas parlé des autres provinces parce que leurs populations sont plus petites. J'ai pensé que la Nouvelle-Écosse serait un bon exemple.

M. Fraser: Je voudrais d'abord répondre à votre question au sujet des coûts. Franchement, il s'agit d'un chiffre que j'ai pratiquement inventé. Si je reprends vos calculs, je reconnais qu'il y a environ 1 000 personnes qui peuvent avoir des dépenses en médicaments supérieures à 10 000 \$. En 2000, le dépassement moyen du montant de 10 000 \$ pour ces personnes — et je n'ai pas les chiffres exacts avec moi — serait d'environ 50 000 \$. Les 10 000 \$ initiaux — jusqu'au seuil — coûteraient environ 10 millions de dollars.

Le sénateur Morin: De quel seuil parlons-nous?

M. Fraser: Dix mille dollars.

Le sénateur Morin: Lorsque vous parlez de coûts catastrophiques, vous incluez la partie assurée en deçà de ce montant?

M. Fraser: Non, je parle du montant qui dépasse ce seuil.

Le sénateur Morin: Ce qui est en deçà du seuil n'est pas pris en compte dans vos calculs.

M. Fraser: Non.

Le sénateur Morin: Cela est-il inclus dans vos 80 millions de dollars?

M. Fraser: Je dois vous présenter mes excuses. Ce chiffre de 80 millions de dollars, je ne l'ai pas établi au moyen d'une recherche poussée. C'est un chiffre que j'ai proposé aujourd'hui, pour donner un ordre de grandeur. Ce pourrait être aussi bien 60 millions de dollars que 80 millions de dollars.

Je suis arrivé à ce chiffre en disant que les dépenses totales en médicaments représentent de 500 \$ à 600 \$ par personne, selon la façon dont on les définit. Le niveau le plus élevé est probablement aux environs de 1 000 \$. Il ne s'agit pas d'un calcul axé sur des données précises.

Le sénateur Morin: Qu'en est-il de la situation de la Nouvelle-Écosse que j'ai mentionnée?

M. Fraser: Les habitants de Nouvelle-Écosse se servent des médicaments à une fréquence semblable à celle de certaines provinces et plus élevée que celle d'autres provinces. Évidemment, ces médicaments sont achetés. Les pharmaciens et les entreprises pharmaceutiques ne les donnent pas gratuitement. D'une façon ou de l'autre, ces gens paient pour obtenir ces médicaments.

Nous savons que 24 p. 100 de la population paie de sa poche, mais pas pour 24 p. 100 des médicaments, parce que nous savons qu'environ la moitié des dépenses en médicaments dans chaque province concerne les personnes âgées et, dans le cas de la Nouvelle-Écosse, les personnes assurées. Il y a peut-être de 10 à 20 p. 100 des dépenses en médicaments qui sortent directement de la poche du consommateur.

As I mentioned in my presentation, the actual average dollars for most families is fairly modest. The issue that concerns this committee, and what our research was about, is the relatively few people where it is not a few hundred dollars but thousands and potentially tens of thousands of dollars.

Senator Morin: The province is spending as much per capita as the other provinces for drugs. The other provinces have succeeded in having catastrophic coverage while Nova Scotia has not.

The Chairman: I do not want to get into a technical argument with Senator Morin. I do not agree with his first argument. The data indicates that, in Nova Scotia, if you look at the total amount spent on drugs, roughly 34 per cent is paid by the public sector in that province which is the same number as Quebec. That is not the issue. What is the issue is the remainder of the expenditures. In highly unionized provinces and provinces with large employers, the remaining 66 per cent will be overwhelmingly paid for by employee plans. In Nova Scotia, a disproportionate share of that 66 per cent would be paid entirely by individuals who do not have a plan. That is the issue.

The issue is that, in the highly unionized provinces, a much greater percentage of the population is covered by either a fully protected or partially protected plan. In the Atlantic region, in part for the reasons that the witnesses explained in responding to Senator Fairbairn, but also in part because there is a lower percentage of unionized work forces, and therefore, a lower percentage of employers with plans, you have more people paying out of their own pockets.

Looking at the provincial numbers is not the issue. You should look at the non-public number and see how much of the non-public number comes from an individual entirely versus how much comes from a partially protected plan. That data is not in here.

Mr. Shillington: Think about the way the Trillium Drug Plan works in Ontario. If your drug costs exceed 4 per cent of your income, you can apply under this program and receive reimbursement after a deductible. This will cover those few families that have very high costs.

How does that affect the total spending in the province? It has little effect, because it is only covering those few families. I do not think that you would suspect, for example, in Ontario, the Trillium Drug Plan spending to affect public spending on drugs compared to private spending. It is a small percentage of the total spending, but it is important for those families.

Comme je l'ai dit dans mon exposé, le montant réel pour la plupart des familles est relativement modeste. La question qui préoccupe ce comité, celle sur laquelle notre recherche a porté, ce sont les personnes relativement peu nombreuses qui doivent déboursier non quelques centaines de dollars, mais bien des milliers et, éventuellement des dizaines de milliers de dollars.

Le sénateur Morin: La province dépense autant par habitant pour les médicaments que les autres provinces. Les autres provinces ont réussi à avoir une assurance-catastrophe, alors que la Nouvelle-Écosse ne l'a pas fait.

Le président: Je ne veux pas me lancer dans une discussion technique avec le sénateur Morin. Je ne suis pas d'accord avec le premier élément de son raisonnement. Les données indiquent que, en Nouvelle-Écosse, si l'on envisage le montant total dépensé pour les médicaments, environ 34 p. 100 sont versés par le secteur public, ce qui est semblable au pourcentage du Québec. Mais là n'est pas la question. Le problème se pose pour le reste des dépenses. Dans les provinces fortement syndiquées et les provinces qui ont de gros employeurs, le reste soit 66 p. 100, sera essentiellement financé au moyen de régimes d'assurance-médicaments pour employés. En Nouvelle-Écosse, une partie disproportionnée de ces 66 p. 100 doit être payée par des personnes qui n'ont pas de régime d'assurance. Voilà le problème.

Le problème, c'est que, dans les provinces hautement syndiquées, un pourcentage bien plus élevé de la population est assurée soit par un régime de protection complète, soit par un régime de protection partielle. Dans la région de l'Atlantique, en partie pour les raisons qu'ont fournies les témoins en réponse aux questions du sénateur Fairbairn, mais également en partie parce qu'il y a un pourcentage plus faible de travailleurs syndiqués et, par conséquent, un pourcentage plus faible d'employeurs ayant un régime d'assurance-médicaments, il y a plus de gens qui paient de leur propre poche.

On ne peut pas se reporter uniquement aux chiffres provinciaux. Il faut examiner le chiffre des dépenses non publiques et voir combien de ces dépenses sortent entièrement de la poche d'un particulier, par opposition au montant qui provient de régimes d'assurance partielle. Ces données-là ne sont pas là-dedans.

M. Shillington: Songez à la façon dont fonctionne le Régime Trillium d'assurance-médicaments, en Ontario. Si le coût de vos médicaments dépasse un montant qui correspond à 4 p. 100 de votre revenu, vous pouvez, en vertu de ce programme, présenter une demande et recevoir un remboursement, après soustraction d'une franchise. Cela protège les rares familles dont les coûts de médicaments sont très élevés.

Quel effet cela a-t-il sur les dépenses totales de la province? Très peu d'effet, parce que cela ne protège que ces quelques familles. Je ne crois pas que l'on puisse dire, pour reprendre l'exemple de l'Ontario, que le Régime d'assurance-médicaments Trillium soit une partie très importante des dépenses publiques en médicaments, comparativement aux dépenses privées. C'est un petit pourcentage du total des dépenses, mais il est important pour les familles concernées.

Senator Morin: That is why I was surprised at your \$800 million figure.

The Chairman: He said that that was a ballpark estimate.

Senator Robertson: Earlier in your presentation, you gave a figure of the average drug cost per person.

Mr. Fraser: It was \$331.

Senator Robertson: Could you give us the average for seniors in the country?

Mr. Fraser: I do not have that available.

Senator Robertson: You can provide it to us, please.

Do you have a definition for "financial hardship"?

Mr. Fraser: We do not have a definition that we used in the course of this research.

Senator Robertson: Five per cent of \$25,000 or \$20,000 is more of a hardship than 5 per cent of \$100,000.

Mr. Fraser: There is an acceptance that if we are talking about hardship, it should relate to resources. Typically, that is income. Although, when you look at extremes, that breaks down, to some extent, because assets also come into play.

Senator Robertson: Poor people do not have many assets.

Mr. Fraser: They do not. If 5 per cent is a threshold for poor people, you might accept a higher threshold for people with assets in addition to income.

I have looked at this issue in the past because, obviously, it is a question that has been asked. My response is that there is a theme through existing public policy that tends to peg that threshold at somewhere between 3 per cent and not quite as high as 5 per cent. The Income Tax Act uses a 3 per cent threshold for the medical tax credit. The threshold in place in Saskatchewan is 3.4 per cent. In Manitoba, it is a step-scale of 2 per cent to 3 per cent. In Ontario, it is set at 4 per cent. I would accept thresholds in those ranges but you have to put them in context because you may have a threshold for drug expenses of 3 per cent to 5 per cent as well as a threshold of 3 per cent to 5 per cent for home care. Thus, it depends how many of these thresholds we expect people to absorb. If we have multiple thresholds, we may want to set it at 2 per cent.

Senator Robertson: I can understand the complexity and the variances to which you are referring. Perhaps part of the problem is that income tax kicks in at \$7,900, which is an absolute disgrace. If we peg our models to the examples that surround us, it could be said that we are not a very compassionate society. That is a personal comment, so I shall move on.

Le sénateur Morin: C'est pourquoi j'ai trouvé surprenant votre chiffre de 800 millions de dollars.

Le président: Il a dit que c'était un chiffre approximatif.

Le sénateur Robertson: Un peu plus tôt, dans votre exposé, vous avez fourni un chiffre sur le coût moyen des médicaments par personne.

M. Fraser: C'était 331 \$.

Le sénateur Robertson: Pouvez-vous nous donner la moyenne pour les personnes âgées du Canada?

M. Fraser: Je n'ai pas ce chiffre.

Le sénateur Robertson: Pouvez-vous nous le faire parvenir? Merci.

Avez-vous une définition de «difficultés financières»?

M. Fraser: Nous n'avons pas de définition dont nous nous soyons servis au cours de cette recherche.

Le sénateur Robertson: Cinq pour cent de 25 000 \$ ou de 20 000 \$, c'est plus difficile que 5 p. 100 de 100 000 \$.

M. Fraser: Il est généralement entendu que, si nous parlons de difficultés financières, cela s'établit par rapport aux ressources. Normalement, les ressources, c'est le revenu. Cela dit, lorsqu'on prend les cas extrêmes, il y a une certaine répartition, parce que l'actif entre également en ligne de compte.

Le sénateur Robertson: Les gens pauvres n'ont pas beaucoup d'actifs.

M. Fraser: Non, effectivement. Si le seuil est de 5 p. 100 pour les pauvres, vous accepterez peut-être un seuil plus élevé pour les personnes qui ont des actifs qui s'ajoutent au revenu.

J'ai déjà examiné cette question parce que, évidemment, elle m'a été posée. Je réponds que dans toutes les politiques gouvernementales en cours, on discerne une certaine tendance à établir ce seuil entre 3 p. 100 au minimum et 5 p. 100 au maximum. La Loi de l'impôt sur le revenu se sert d'un seuil de 3 p. 100 pour le crédit d'impôt pour dépenses médicales. En Saskatchewan, le seuil est de 3,4 p. 100. Au Manitoba, c'est un seuil à paliers, qui passe de 2 à 3 p. 100. En Ontario, il est fixé à 4 p. 100. Je suis prêt à accepter des seuils qui correspondent à cette gamme, mais il faut mettre cela en contexte, parce qu'on peut avoir un seuil pour les dépenses en médicaments de 3 à 5 p. 100 accompagnées d'un seuil de 3 à 5 p. 100 pour les soins à domicile. Cela dépend donc du nombre de ces seuils dont nous attendons que les contribuables profitent. Si nous avons des seuils multiples, nous voudrions peut-être prévoir un seuil de 2 p. 100.

Le sénateur Robertson: Je comprends la complexité et les écarts dont vous parlez. Une partie du problème tient peut-être au fait que l'impôt sur le revenu commence à être perçu à 7 900 \$ de revenu, ce qui est parfaitement honteux. Si nous fondons nos modèles sur les exemples qui nous entourent, on pourra dire que nous ne sommes pas une société très soucieuse du bien-être d'autrui. Mais ce sont là des observations personnelles, et je passe donc à autre chose.

Mr. Fraser: Perhaps I can add, as an observation around this discussion about thresholds and hardship and catastrophic costs, that there are several uses of the word "catastrophic." It is important to separate those. We use the words "catastrophic" or "severe" to try to determine an objective, and essentially a statistical, definition. "Severe" or "severe and infrequent" bear an absolute ring. You would peg that, in some way, in reference to the dollar limit or the frequency of certain incidents. That is separate from the issue of how it impacts on individuals with limited incomes, which is an important issue.

There are many aspects of the severe drug phenomenon that are best treated by defining the phenomenon in absolute terms. The impact, not on individuals but on public sector plans, private sector plans and transfer arrangements, can be best discussed when we talk about an independently defined term like the \$10,000 measure. We leave the issue of how to administer and take the broad principles back to how it impacts on the individual. Then, we have to set up an arrangement that reflects how it impacts the individual. Every province has to do that.

We mentioned those provinces that have percentage-of-income relationships. However, the provinces that do not have those formulae — sliding scales — do have step arrangements. They charge lower deductibles or waive premiums for low-income people. The formula is simply not as smooth. Everybody recognizes that there has to be an adaptation of financial burden on low-income people. That must be part and parcel of any solution that comes out of this exercise.

Senator Robertson: The Quebec plan seems to be a good, operative plan, from what we are hearing. What would the Quebec plan cost the federal government if it were implemented in every province by the federal government?

Mr. Fraser: I can probably come up with an estimate of that, but it would take some number-crunching.

Senator Robertson: Could you obtain those figures, please?

Mr. Shillington: I wanted to say something about measuring hardship, because of the work I have done on child poverty and I have measured poverty for years.

We talked about 3 per cent of net income as the figure for the medical tax credit. That 3 per cent is for all medical expenses, not just drug expenses. Perhaps, then, the portion for drugs should be less than 3 per cent. That would leave room for other types of private medical expenses.

M. Fraser: Je pourrais peut-être ajouter, dans le cadre de cette discussion sur les seuils, les difficultés financières et les coûts catastrophiques, qu'il y a plusieurs utilisations du mot «catastrophique.» Il importe de les distinguer les unes des autres. Nous nous servons des mots «catastrophique» ou «lourd» pour essayer d'établir un objectif et, essentiellement, une définition statistique. Parler de dépenses lourdes ou de dépenses lourdes et infrequentes, cela a un sens précis. D'une certaine façon, cela est lié à un montant limite ou à la fréquence de certains événements. Cela est distinct de la question de savoir quel effet cela peut avoir sur les personnes à faible revenu, question bien importante en soi.

De nombreux aspects du groupe problème des coûts élevés des médicaments doivent être définis clairement. L'impact, non pas sur les particuliers mais sur les régimes du secteur public, du secteur privé et des accords de transfert, pourra mieux être évalué lorsque nous aurons un point de référence, soit un terme défini de façon indépendante comme la mesure de 10 000 \$. Il faut oublier l'administration de ces régimes et se pencher plutôt sur les conséquences du problème pour les particuliers. Puis, nous devons élaborer un mécanisme qui reflète l'impact sur le particulier. Chaque province doit le faire.

Nous avons déjà mentionné les provinces qui ont des dispositions concernant le pourcentage du revenu. Cependant, les provinces qui n'ont pas ces formules — des échelles mobiles — ont des plans progressifs. Ainsi, elles imposent des franchises moins élevées ou elles n'exigent pas de primes dans le cas des personnes à faible revenu. C'est une formule un peu boiteuse. Tout le monde reconnaît qu'il faut tenir compte du fardeau financier que cela représente pour les personnes à faible revenu. Cela doit faire partie intégrante de toute solution qui sera proposée à la fin de cet exercice.

Le sénateur Robertson: Le plan du Québec semble être assez bon et bien fonctionner, d'après ce qu'on nous a dit. Qu'en coûterait-il au gouvernement fédéral pour mettre en oeuvre un plan semblable dans toutes les provinces?

M. Fraser: Je pourrais probablement faire un calcul approximatif, mais il faudra un certain temps pour tout faire ces calculs.

Le sénateur Robertson: Pourriez-vous nous fournir ces chiffres s'il vous plaît?

M. Shillington: J'aimerais dire quelques mots sur l'évaluation du préjudice parce que j'ai étudié la pauvreté chez les enfants et j'ai évalué pendant plusieurs années ce que cela représentait.

On a parlé d'un crédit d'impôt pour les frais médicaux de 3 p. 100 du revenu net. Ce 3 p. 100 représente le montant associé à toutes les dépenses médicales, pas simplement les dépenses pour l'achat de médicaments. À ce moment-là, peut-être que le pourcentage réservé pour l'achat de médicaments serait inférieur à 3 p. 100. On pourrait à ce moment-là inclure d'autres types de frais médicaux privés.

The medical expense tax is poorly designed because it depends on the net income of the individual and considers the medical expenses of the whole family. If this committee were to look at tax provisions around this, one would want to look at some of the designs that Mr. Fraser mentioned such as asset testing.

I have done a great deal of work on the design of income support programs. We provide drug coverage for low-income seniors without asset tests. If we were to set up drug coverage for middle-income Canadians that do not have a plan, would we want to do asset testing in that instance? These issues make the whole discussion complicated, but worthy of thought.

[Translation]

Senator Pépin: We know that employer insurance plans are an important source of revenue for many Canadians, including the retired. A recent article in the *New York Times* noted that American employers were considerably reducing benefits because of a 40 to 60 per cent increase in the cost of drugs for retired persons. If Canadian employers decided to do the same and to reduce the pharmacare premiums for the retired, what would the impact be on the retired as well as on the public pharmacare plan? Do you think that the same thing could happen here? Often when they catch a cold, we later end up with pneumonia.

[English]

Mr. Fraser: The short answer is that there would be virtually no impact on public plans. That is because the private sector plans that cover retirees, who are also covered by the public sector, are secondary. The public plans pay first and the private sector plans do not absorb any expense from the public sector. The public sector pays the same amount for a retiree with a private plan as it pays for a retiree without a private plan. If the employers were to reduce coverage — and some of them are concerned about coverage — it would not affect the public plan.

Senator Cordy: Your document, Mr. Fraser, is excellent — well-laid-out and easy for non-medical people like myself to follow.

I am from Nova Scotia and I looked at the statistics that you have given us today. Certainly, as a committee, we have often heard about the number of Atlantic Canadians who do not have drug coverage. That causes me great grief and makes me wonder, from a social perspective, what is happening to these families. You gave us an excellent profile of this type of individual, who could be from my province of Nova Scotia.

Le crédit d'imp  t pour frais médicaux est mal conçu parce qu'il dépend du revenu net du particulier et prend en compte les frais médicaux de toute la famille. Si votre comité se penchait sur les dispositions fiscales dans ce secteur, il faudrait étudier certaines des propositions qu'a formulées M. Fraser, par exemple les critères des avoirs.

J'ai beaucoup étudié les dispositions des programmes de soutien du revenu. Nous offrons un programme d'assurance-médicaments aux personnes âgées à faible revenu sans évaluer la valeur de leurs avoirs. Si nous mettions sur pied un programme d'assurance-médicaments pour les Canadiens à revenu moyen qui n'ont pas accès à un régime, devrions-nous procéder à une évaluation de leurs avoirs? Ces questions compliquent vraiment les choses, mais méritent tout de même d'être étudiées.

[Français]

Le sénateur Pépin: Nous savons que les assurances des employeurs sont une source importante de revenus pour plusieurs Canadiens, entre autres pour les retraités. Il y a un article qui a paru dern  irement dans le *New York Times*, dans lequel on sp  cifi  it que les employeurs américains réduisaient considérablement les prestations à cause d'une augmentation de 40    60 p. 100 des frais des médicaments pour les retraités. Si les employeurs canadiens décidaient d'agir dans le même sens et de réduire les primes d'assurance-médicaments à l'intention des retraités, quel serait l'impact sur les personnes retraitées, mais aussi sur le régime public d'assurance-médicaments? Croyez-vous que la même chose pourrait nous arriver? Habituellement, lorsqu'ils ont un rhume, on a une pneumonie un peu plus tard.

[Traduction]

M. Fraser: Il n'y aurait pratiquement aucun impact sur les régimes publics parce que les régimes du secteur privé qui assurent les retraités, qui sont également assurés par le secteur public, sont secondaires. Les régimes publics remboursent en premier, et les régimes du secteur privé n'ont pas à rembourser ce qui serait normalement remboursé par le régime public. Le secteur public paie le même montant pour le retraité qui a un régime privé que pour celui qui n'en a pas. Si les employeurs décidaient de réduire la protection — et certains s'inquiètent vraiment de la protection assurée — cela n'aurait aucun impact sur le régime public.

Le sénateur Cordy: Vous avez présenté un excellent document, monsieur Fraser, il est bien préparé et facile à comprendre pour ceux qui comme moi n'ont pas de formation médicale.

Je viens de la Nouvelle-Écosse et j'ai étudié de près les statistiques que vous avez fournies aujourd'hui. Notre comité a à plusieurs reprises entendu qu'un très grand nombre d'habitants de la région de l'Atlantique ne sont pas protégés par un régime d'assurance-médicaments. Cela m'inquiète énormément et m'amène à me demander ce qui arrive à ces familles, du point de vue social. Vous nous avez bien décrit le genre de personne qui est dans cette situation; ça pourrait être quelqu'un qui vient de ma province, la Nouvelle-Écosse.

I heard a story of a gentleman in Nova Scotia who was part of the working poor. He was able to earn enough money to provide for his family, but there was not a lot of extra money. He had a daughter who was chronically ill, so he asked the provincial government for help in buying drugs for his daughter. He was told they could not help.

This gentleman had no other solution to the problem other than to leave his job and go on social assistance. From a social perspective, what that did to the family and the gentleman himself, because he lost all self-esteem, is immeasurable in comparison to the small amount of money the government would have to pay to provide drug coverage for his daughter.

As somebody from Atlantic Canada, I want to know, what is the first step? How can we quickly get on the road to providing coverage for these individuals?

Mr. Fraser: Our reports have helped to position Atlantic Canada in this disadvantaged situation. Perhaps, in some respects, it is not totally fair because, except for a brief accident of history, the AIDS epidemic, Ontario would not have the Trillium Drug Program today, and would have a situation identical to Atlantic Canada, assuming there had not been another initiative to create such a program.

The last part of the 1990s was not a positive time for most provincial jurisdictions to expand programs. Historically, if we went back to 1991, Atlantic Canada would have been positioned as having comparable programs to every province except Saskatchewan, British Columbia and Manitoba, which had chosen to create a pharmacare parallel to the medicare program.

The Chairman: Not incidentally, these are the three provinces that had NDP governments at some point in the 1980s.

Mr. Fraser: As of 1990, except for those three provinces with an NDP political history, there was a fairly consistent approach to government involvement in pharmacy delivery — they covered the seniors and those receiving social assistance. What happened in the 1990s in Ontario was AIDS came along, and they had to do something about that. Rather than doing an AIDS program, they positioned it as a universal plan. It would not be just for the gays on Church St. in Toronto, it would be a province-wide program. It was needed, as there were all these very expensive AIDS drugs coming on board and no one could afford them.

Quebec has a more recent history, and has been closer to the developments that are emerging now, although much of what they did in creating their program four or five years ago had to do with financial pressures. Ultimately, although they created a program that produced universal coverage, they also reduced their investment in public sector programs.

J'ai entendu parler d'un homme de la Nouvelle-Écosse qui était un travailleur à faible revenu. Il pouvait gagner juste assez d'argent pour faire vivre sa famille, mais c'était très serré. Il avait une fille qui souffrait de maladie chronique et il a demandé au gouvernement provincial de l'aider à acheter des médicaments pour sa fille. On lui a répondu que c'était impossible.

Cet homme n'a pas eu le choix, il a dû quitter son emploi pour recevoir l'aide sociale. L'impact social sur cet homme et cette famille était extraordinaire parce qu'il a perdu son estime de soi, et c'est un impact énorme si on le compare au petit montant que le gouvernement aurait dû payer pour assurer que sa fille reçoive les médicaments nécessaires.

Je viens de la région de l'Atlantique et je veux savoir quel serait le premier pas? Que devons-nous faire pour pouvoir le plus tôt possible assurer cette protection à ceux qui n'en ont pas?

M. Fraser: Nos rapports ont placé la région de l'Atlantique dans cette position défavorable. Ce n'est peut-être pas juste à certains égards parce qu'à l'exception d'une brève crise, l'épidémie du sida, l'Ontario n'aurait pas aujourd'hui le programme de médicaments Trillium et serait dans la même situation que la région de l'Atlantique si le gouvernement de cette province n'avait pas lancé une autre initiative pour créer un programme de cette nature.

La fin des années 90 a représenté une période pendant laquelle il était assez difficile pour les gouvernements provinciaux d'élargir leurs programmes. Si nous remontons en 1991, la région de l'Atlantique aurait eu des programmes comparables à ceux de toutes les autres provinces à l'exception de la Saskatchewan, de la Colombie-Britannique et du Manitoba qui avaient décidé de mettre sur pied un programme d'assurance-médicaments parallèle au programme d'assurance santé.

Le président: Ce n'est pas par hasard qu'il s'agit là des trois provinces qui avaient au cours des années 80 élu des gouvernements néo-démocrates.

M. Fraser: En 1990, à l'exception des trois provinces qui avaient eu des gouvernements néo-démocrates, les provinces offraient à peu près les mêmes programmes d'assurance-médicaments — aux personnes âgées et à ceux qui recevaient l'aide sociale. En 1990, l'Ontario a vécu la crise du sida; le gouvernement a alors dû agir. Au lieu de lancer un programme de lutte contre le sida, il a dit qu'il offrait un programme universel. Ce programme ne serait donc pas réservé aux homosexuels qui fréquentent la rue Church à Toronto, mais à tous les résidents de la province. Ce programme s'imposait parce que les médicaments pour le sida coûtaient très cher et personne ne pouvait se permettre de les acheter.

Le Québec a adopté plus récemment son système et se rapproche plus des choses qui se font aujourd'hui; les mesures prises par ce gouvernement il y a quatre ou cinq ans étaient dictées dans une large mesure par des pressions financières. Même si cette province a créé un programme qui assurait une protection universelle, elle a également réduit ses investissements dans les programmes du secteur public.

I wanted to go through that bit of history to suggest that we should not be running down Atlantic Canada in that same fashion. If their fiscal situation had been different in the last five or six years, Atlantic Canada, in their public policy, would be responding to the same issues we are discussing today.

How do we proceed to the next step? Part of it is awareness and public pressure. Our numbers suggest that in all the four Atlantic provinces there are a thousand people with the potential that would draw this issue, that means a few hundred in any given province, and a few dozen in P.E.I. It takes a certain threshold of numbers before it makes sense to implement a policy.

There is the example of the individual in New Brunswick who you cited in your report. For a couple of years, the provincial government, completely outside of any policy support, was providing financial assistance. There was no statute stating he was entitled to it, but they worked it out. That is perhaps part of the cultural history of Atlantic Canada, that there is more reliance on ad hoc and community-based solutions rather than on public solutions. I am not an expert in this field. I am not a historian, and I am not an expert in social policy. That is my observation.

Senator Cordy: It is not my intent to run down the Atlantic region. It is the most wonderful place in Canada to live.

It frightens me a little bit to look at the social ramifications of what can happen to a family where there is no drug coverage.

Along the same lines, but getting into the private plans, we have heard statistics on the high cost of drugs, and how the cost is going up for a variety of reasons, whether they are new drugs or whatever. The reality is that the high drug costs will have an effect on private plans, and, while these companies are there to provide a service, they also want to make money. Will this result in higher premiums or less coverage, and how is that going to affect Canadians?

Mr. Fraser: It will — and has already — result in higher premiums. The typical trend rate, as we call it in the insurance business, is something like 16 per cent to 18 per cent. That is how much the insurance company will want next year versus this year to cover drugs and other supplementary medical costs. There is another 7 per cent or 8 per cent on the dental side. Yes, that costs more money.

However, there are two aspects to consider. One is the aggregate level. It could be that everything will go up 15 per cent. That is a problem financially, but it is not a distribution issue. The other is where you have spikes in the statistics. You get an individual with \$100,000 of expenses, and that person happens to work for an employer with 40 people.

Je voulais vous présenter cet historique parce que je crois qu'il faut se garder de critiquer le Canada Atlantique car si sa situation financière avait été quelque peu différente au cours des cinq ou six dernières années, cette région dans sa politique publique aurait abordé les mêmes questions dont nous discutons aujourd'hui.

Comment passer à la prochaine étape? Deux outils utiles sont la sensibilisation et les pressions exercées par le public. Les données que nous avons recueillies indiquent que dans les quatre provinces de l'Atlantique, il y a environ 1 000 personnes qui pourraient justifier cette politique, et cela représente quelques centaines dans chaque province, et peut-être quelques douzaines à l'Île-du-Prince-Édouard. Il faut une masse critique pour qu'une politique soit logique et justifiée.

Il y a l'exemple de ce résident du Nouveau-Brunswick que vous avez mentionné dans votre rapport. Pendant quelques années, le gouvernement provincial, sans qu'il y ait une politique en ce sens, offrait une aide financière. Aucune loi ne stipulait que ce particulier avait le droit à cette aide, mais le gouvernement a pris les mesures nécessaires. C'est peut-être là un aspect de l'histoire culturelle du Canada Atlantique où l'on a tendance à avoir recours aux solutions particulières ou communautaires plutôt qu'au gouvernement. Je ne suis pas un expert dans ce domaine. Je ne suis pas un historien et je ne suis pas un expert en matière de politique sociale. C'était simplement un commentaire.

Le sénateur Cordy: Je ne veux pas critiquer la région Atlantique. C'est le plus bel endroit où vivre au Canada.

Je m'inquiète un peu lorsque je pense à ce qu'il peut arriver à une famille, du point de vue social, lorsqu'elle n'a pas accès à un régime d'assurance-médicaments.

Dans le cas des régimes privés, nous avons déjà vu des statistiques concernant le coût élevé des médicaments et la tendance à la hausse observée en matière de prix pour toutes sortes de raisons, qu'il s'agisse d'un nouveau médicament ou autre chose. Les prix élevés des médicaments auront certainement un effet sur les régimes privés, et même si ces compagnies existent pour offrir un service, elles veulent aussi réaliser un profit. Cette tendance entraînera-t-elle une augmentation des primes ou une réduction de la couverture et quelles seront les conséquences pour les Canadiens?

M. Fraser: Il y aura, il y a déjà eu une augmentation des primes. La tendance des taux, comme nous l'appelons dans les assurances, se situe à environ 16 à 18 p. 100. C'est ce que voudra la compagnie d'assurance l'année prochaine par rapport aux taux de cette année pour un régime d'assurance-médicaments et autres coûts médicaux supplémentaires. Il faudrait y ajouter encore 7 ou 8 p. 100 pour les soins dentaires. Effectivement, tout cela va coûter plus cher.

Cependant, il faut considérer deux aspects. Pour ce qui est du total, il est fort possible que tout augmente de 15 p. 100. C'est un problème financier mais ce n'est pas une question de distribution. L'autre cas est celui où il se présente des variations brusques ou des pics dans les statistiques. Il peut y avoir une personne avec 100 000 \$ de frais et cette personne travaille pour un employeur

That is a huge financial hit on that plan, and it produces stresses in the relationship between the insurer and the employer. Obviously, insurers try to have the lowest prices possible.

What is required in this exercise is a sharing and pooling mechanism across the industry, across the society. Quebec has recognized that issue. If you charge every small employer the costs of the people that work for the employer, then some unlucky people working for them will be priced out of the market. There is a mandated situation in Quebec.

Many insurance companies have internal pooling mechanisms in place because they want to stabilize pricing. They take all the large claims and put them into a pool and share that cost. However, that requires a certain amount of self-discipline, and there are certainly market forces that undermine that discipline. That concerns me more than the total increase in costs, because it destabilizes the private sector system.

Employers have the option of passing on costs to their employees, and some of them do. They can do it by increasing payroll deductions, by increasing deductibles or by employers absorbing the costs and passing them on to customers in increased prices for their products, if they can afford to do that.

Senator Robertson: I have a supplementary question related to Mr. Fraser's historical comment. For a number of years we had total pharmaceutical coverage in New Brunswick and it was done by legislation and by regulation.

The Chairman: Senator Robertson was, for the best part of one decade, the Minister of Health in New Brunswick.

Senator Keon: I would take you back to page 27, where you have used a clever way to break things down. At the top line, you have listed the 47 per cent of people who are in the best shape and you got rid of the \$750 in the left column. Then Solomon came in and laid out the criteria to move the other 53 per cent into that line. What would that cost the system? It seems to me that it would not cost it much.

Mr. Fraser: Are you asking about the cost to bring everybody down to the \$750 level?

Senator Keon: Even though many people do not agree with the hypothesis, let us talk about a national pharmacare program. Take the top line of your chart — the 47 per cent; eliminate the \$750 maximum, or the 80,000 category; then, go through a series of manoeuvres, criteria and so forth, to move the other 53 per cent of the people up into that category — in other words, the protected-cap category.

Mr. Fraser: I think I follow.

Senator Keon: That would be an exercise, I admit, but technically, it would be possible.

de 40 personnes. Cela représente une charge très onéreuse pour le régime et crée des tensions dans le rapport entre l'assureur et l'employeur. Évidemment les assureurs essaient d'avoir les prix les plus bas possible.

Dans ce contexte, ce qu'il faut, c'est un mécanisme de mise en commun dans tout ce secteur et dans toute la société. Le Québec l'a déjà reconnu. Si on oblige tous les petits employeurs à assumer les coûts de leurs employés, alors certaines personnes qui n'ont pas de chance feront face à des primes prohibitives. Au Québec cette situation est réglementée par la loi.

De nombreuses compagnies d'assurance ont institué un système interne de mise en commun afin de stabiliser les prix. Toutes les demandes de règlement au-dessus d'une certaine somme sont regroupées et le coût est partagé. Cependant, cela exige une certaine discipline qui risque d'être minée par certaines forces du marché. Cela m'inquiète plus que l'augmentation totale des coûts car cela déstabilise les régimes du secteur privé.

Les employeurs ont la possibilité de faire payer les coûts par les employés et dans certains cas ils le font. Ils peuvent le faire en augmentant les retenues salariales et les franchises, ou bien l'employeur peut absorber les coûts lui-même et les faire assumer ensuite par les clients en augmentant les prix de leurs produits, si les clients sont en mesure de payer.

Le sénateur Robertson: J'ai une question supplémentaire qui se rapporte à l'observation historique de M. Fraser. Depuis plusieurs années, nous avons un régime d'assurance-médicaments intégral au Nouveau-Brunswick grâce à l'adoption d'une loi et de règlements.

Le président: Je devrais signaler que le sénateur Robertson a été pendant presque 10 ans le ministre de la Santé au Nouveau-Brunswick.

Le sénateur Keon: Je vous renvoie à la page 27 où il y a une ventilation intéressante. Sur la ligne du haut se trouvent les 47 p. 100 de la population en bonne forme et vous avez supprimé les 750 \$ dans la colonne de gauche. Ensuite Solomon intervient pour établir les critères selon lesquels les 53 p. 100 qui restent seront ajoutés à cette ligne. Combien est-ce que cela coûterait au régime? J'ai l'impression que ça ne coûterait pas grand-chose.

M. Fraser: Voulez-vous parler du coût qu'il faudrait payer afin de ramener tout le monde à ce niveau de 750 \$.

Le sénateur Keon: Même si de nombreuses personnes rejettent cette possibilité, parlons d'un régime national d'assurance-médicaments. Prenons la ligne supérieure de votre tableau — les 47 p. 100; éliminons le maximum de 750 \$ ou la catégorie des 80 000; ensuite transférons, par les manoeuvres et les critères nécessaires, les 53 p. 100 qui restent dans cette catégorie, autrement dit, la catégorie qui jouit d'une protection particulière, dont les frais seront plafonnés.

M. Fraser: Je pense que je vous suis.

Le sénateur Keon: Même si c'était difficile, sur le plan technique ce serait faisable.

When all is said and done, if you had a rational indication of the revenues, it seems to me you would not need much extra in the way of revenues to top up a system and put 100 per cent of the people in the same shape that the 47 per cent are in now. All of the people, at least the vast majority of the people who make up the 53 per cent, are also being sustained by various plans and revenues, et cetera.

Mr. Fraser: I would agree with your statement. I do not think it could be supported by this research because this is, essentially, a simulation of what would happen if everyone had huge drug expenses. Consider the fact that there is so much coverage in place and that we are talking about changing plan provisions that affect perhaps one in one thousand people. Yes, I would agree with the conclusion that, putting a provision in place, for these people who already have coverage, to cap their exposure is not a huge expenditure in relative terms.

The Chairman: That is the exact definition of a "social safety net." The exact definition is the one that Senator Keon just pointed out. The statement that there are relatively few people helped by a program does not change the need for the program. If anything, it makes the program more necessary. The nature of Canadians is such that we have a sense of sharing the risk and the willingness to help those who are troubled. If those needing help are small in number, then I am with Senator Keon. It will not cost a great deal of money to protect that small group. We will ask you to help us to design a program. You heard the discussion that we had with Mr. Ferguson, earlier. We asked him what would happen if he put a cap on the figure — 5 per cent, for example. We would like your reaction to that.

Senator Cook: I come from Newfoundland. The reality is that we must, either together or separately, design an insurance plan that is appropriate for that region of Canada, recognizing the nature of seasonal work in the tourist industry, the fishing industry, and so on. The jobs are casual. We must think about young mothers who do shift work while they raise their young children. They do their best in a place where employers are barely making a living. The population is on and off Employment Insurance, EI, through no fault of their own.

Could we think outside the loop and build something into EI? That is my first bit of dreamtime. Look ahead to the next generation because those children now growing up in those families have colds, earaches and childhood ailments that are not being attended to properly. This nation cannot afford to not address that issue because in 20 to 30 years, we will have a chronically ill population because of a lack of care. We must find a way to make things easier for them.

The Chairman: Show us the way. I would like you to think that through and get back to us. Obviously, it is not possible for the federal government to design a program specifically for Atlantic Canada. Our motivation is to assist not only Atlantic Canadians but also individual Canadians everywhere in this country.

Tout compte fait, si vous pouviez savoir quelles étaient les recettes, j'ai l'impression que vous n'auriez pas besoin de beaucoup de recettes supplémentaires pour offrir ce soutien additionnel afin que toute la population se trouve dans la même situation que les 47 p. 100 à l'heure actuelle. La grande majorité des personnes dans la catégorie des 53 p. 100 peut aussi compter sur différents régimes et sources de revenus, etc.

M. Fraser: Je suis d'accord avec vous. Je ne pense pas que ce travail de recherche pourrait confirmer votre affirmation car il s'agit essentiellement d'une simulation de ce qui se passerait si tout le monde avait d'énormes dépenses de médicaments. Il faut tenir compte de l'ampleur de la protection qui existe et le fait que nous parlons de modifier des dispositions qui risquent d'affecter une personne sur mille. Alors, je reconnais que la création d'une disposition visant à plafonner les frais pour les personnes qui jouissent déjà d'une protection ne constituerait pas une énorme dépense par rapport au niveau de dépenses actuelles.

Le président: Cela correspond exactement à la définition d'un «filet de protection sociale». Comme l'a fait remarquer le sénateur Keon, le fait qu'il y a relativement peu de personnes qui bénéficieraient d'un programme ne change rien à la nécessité de ce programme. On pourrait même prétendre que cela le rend plus nécessaire. Les Canadiens ont tendance à préférer le partage du risque et l'assistance à ceux qui sont dans le besoin. S'il y a peu de personnes qui ont besoin d'aide, alors je suis du même avis que le sénateur Keon. Cela ne va pas coûter beaucoup d'argent pour protéger ce petit groupe. Nous allons vous demander de nous aider à concevoir un programme. Vous avez entendu notre discussion avec M. Ferguson tout à l'heure. Nous lui avons demandé ce qui se passerait s'il plafonnait le chiffre, à un niveau de 5 p. 100, par exemple. Quelle serait votre réaction à cette idée?

Le sénateur Cook: Je viens de Terre-Neuve. Nous sommes dans l'obligation de mettre au point un régime d'assurance qui convienne à cette région du Canada, compte tenu de la nature saisonnière du travail dans le secteur touristique, les pêches, etc. Il s'agit d'emplois occasionnels. Il faut tenir compte de jeunes mères qui travaillent par équipes pendant qu'elles élèvent leurs enfants. Elles font de leur mieux dans une région où les employeurs arrivent à peine à vivre. Les gens sont obligés à certains moments d'avoir recours à l'assurance-emploi et ce n'est absolument pas de leur faute.

Ne pourrait-on pas faire preuve d'imagination en incluant une disposition dans l'assurance-emploi? Ce serait peut-être utopique. Il faut penser à la génération suivante car ce sont des enfants exposés à toutes les petites maladies de l'enfance et qui ne reçoivent pas les soins nécessaires. Le pays n'a pas le luxe d'ignorer ce problème car dans 20 ou 30 ans nous aurons une population de malades chroniques à cause du manque de soins. Nous devons trouver une façon de leur faciliter la vie.

Le président: Montrez-nous le chemin. Je vous demanderais d'y réfléchir et de nous faire connaître le fruit de votre réflexion. Évidemment le gouvernement fédéral ne peut pas prévoir un programme uniquement à l'intention du Canada atlantique. Nous cherchons non seulement à aider cette région du Canada mais les Canadiens de partout.

Is there a way to design a program that would be progressive in the sense that the amount of protection an individual receives would vary according to income but would guarantee that, as a percentage of income, all individuals would receive that element of coverage?

If that means transferring the responsibility for some individuals in a province over to the federal government, that would not necessarily be a disaster, because I do not think that would involve great numbers of people.

Mr. Ferguson put forward one proposal, and we have heard variations on that theme. They have in common the fact that we would need to determine the maximum amount any individual would have to pay to avoid what we call "undue financial hardship" — whether that is a percentage of income, or any other percentage. We need to know what would be reasonable and what it would cost.

If you could incorporate that into your report as chapter 7, that would be wonderful.

Senator Morin: Another alternative is to work on the Quebec mode. Quebec is not a rich province, far from it. We have set up a program that is expensive. The premiums are expensive and they have just gone up. More than one-third of the people think we should abandon it. The plan provides good coverage and it was the choice made by the people of Quebec. Keep in mind, it is not in place because Quebec is a rich province. I maintain that Nova Scotia has the same percentage of private coverage as the other provinces, although more than Saskatchewan, and it spends as much on drugs.

There is no reason that Atlantic Canada should not consider catastrophic coverage for its citizens. It is a matter of priority. I realize that the chairman has another view.

It is impossible to apply what you are asking for to the Quebec situation. I do not think that you can apply the \$750 maximum to Quebec. Quebec will opt out again because the Atlantic provinces have not paid for what it costs.

The Chairman: Thank you both for coming. I do hope that you think about the issues we have raised. After you have had a chance to think about the issues raised, perhaps you could give us a call sooner rather than later.

Mr. Fraser: We would be honoured. I made a mistake in offering an \$80-million figure, and I would like, for the record, to withdraw that and come back with a number based on more information.

The committee adjourned.

Est-il possible de concevoir un programme progressif dans la mesure où le montant de protection accordé à un bénéficiaire varierait selon son revenu, mais qui permettrait d'assurer la même couverture à tout le monde en tant que pourcentage du revenu?

Si cela signifie qu'il faudrait transférer la responsabilité de certains citoyens des provinces au gouvernement fédéral, ce ne serait pas nécessairement catastrophique car je crois que le nombre serait relativement limité.

M. Ferguson a fait une proposition et nous avons entendu un certain nombre de variantes. Ce qu'elles ont en commun, c'est qu'il faudrait déterminer le montant maximum afin d'éviter que quelqu'un supporte un fardeau financier excessif, que ce maximum soit un pourcentage du revenu ou autre chose. Il faut savoir quel serait un montant raisonnable et quelle serait le coût.

Si vous pouviez inclure cela dans votre rapport, comme chapitre 7, ce serait merveilleux.

Le sénateur Morin: Une autre possibilité serait d'imiter l'exemple du Québec. Le Québec n'est pas une province riche, loin de là. Nous avons créé un programme qui coûte cher. Les primes sont élevées et on vient de les augmenter. Plus d'un tiers de la population estime que nous devrions renoncer à ce programme. C'est un régime qui offre une bonne couverture selon le choix fait par la population du Québec. Il faut se rappeler que ce régime n'existe pas parce que le Québec est riche. Je maintiens que la Nouvelle-Écosse a le même pourcentage de protection privée que les autres provinces, même si le niveau est supérieur à celui de la Saskatchewan, et elle consacre autant d'argent aux médicaments.

Il n'y a pas de raison pour laquelle le Canada atlantique ne devrait pas envisager d'offrir une couverture pour des frais de médicaments catastrophiques. C'est une question de priorité. Je sais que le président a un autre point de vue.

Il est impossible d'appliquer ce que vous demandez à la situation du Québec. Je ne pense pas que l'on puisse appliquer le maximum de 750 \$ au Québec. Le Québec va se retirer encore une fois parce que les provinces atlantiques n'assument pas les coûts réels.

Le président: Je vous remercie d'être venu. J'espère que vous allez réfléchir aux questions que nous avons soulevées. Quand vous aurez pris le temps d'y réfléchir, vous pourriez peut-être nous faire profiter de vos conclusions dès que possible.

M. Fraser: Ce serait un honneur. Je me suis trompé en parlant de 80 millions de dollars, et je voudrais officiellement le retirer quitte à vous donner plus tard un chiffre fondé sur de plus amples renseignements.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Communication Canada – Publishing
Ottawa, Ontario K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Communication Canada – Édition
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

WITNESSES

From the Association of Canadian Academic Health Care Organizations:

Mr. Glenn Brimacombe, CEO.

From St. Michael's Hospital:

Mr. Jeffrey Lozon, President and CEO.

From the McGill University Health Centre:

Dr. Hugh Scott, Executive Director.

From Applied Management:

Mr. Bryan Ferguson, Partner.

From the Fraser Group:

Mr. Ken Fraser.

From Tristat Resources:

Mr. Richard Shillington, Principal.

TÉMOINS

De l'Association canadienne des institutions de santé universitaire:

M. Glenn Brimacombe, PDG.

De l'Hôpital St. Michael's:

M. Jeffrey Lozon, président et PDG.

Du Centre universitaire de santé McGill:

Dr. Hugh Scott, directeur exécutif.

De Applied Management:

M. Bryan Ferguson, associé.

Du Fraser Group:

M. Ken Fraser.

De Tristat Resources:

M. Richard Shillington, directeur.

A1
C26
-551



First Session,
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

SENATE OF CANADA

Première session de la
trente-septième législature, 2001-2002

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:

The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:

L'honorable MICHAEL KIRBY

Monday, June 17, 2002

Le lundi 17 juin 2002

Issue No. 64

Fascicule n° 64

Sixty-first meeting on:

The state of the health care system in Canada

Soixante et unième réunion concernant:

L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESSES
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

* Carstairs, P.C.
(or Robichaud, P.C.)
* Lynch-Staunton
(or Kinsella)
Callbeck
Cook
Cordy

Di Nino
Fairbairn, P.C.
Keon
Morin
Pépin
Robertson
Roche

* *Ex Officio Members*
(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton
et

Les honorables sénateurs:

* Carstairs, c.p.
(ou Robichaud, c.p.)
* Lynch-Staunton
(ou Kinsella)
Callbeck
Cook
Cordy

Di Nino
Fairbairn, c.p.
Keon
Morin
Pépin
Robertson
Roche

* *Membres d'office*
(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Monday, June 17, 2002
(75)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in room 257, East Block, at 9:07 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin and Robertson (8).

Other senator present: The Honourable Senator Kinsella (1).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see proceedings of the committee, Issue No. 2.*)

WITNESSES:

(*By Videoconference*)

From the Government of Denmark:

Mr. John Erik Petersen, Head of Department, Ministry of Health and the Interior;

Dr. Steen Friberg Nielsen, CEO, Top Management Academy;

Mr. Morten Hjulsgaard, Head of Department, National Board of Health;

Dr. Arne Kverneland, Head of Division of Medical Informatics, National Board of Health.

As an individual:

Mr. Brian Herman, Counsellor, Political and Cultural Affairs, Canadian Embassy in Denmark.

The Chair made a statement.

Mr. Peterson made a statement and answered questions. Dr. Nielsen made a statement. The witnesses answered questions.

At 10:20 a.m., the sitting was suspended.

At 10:30 a.m., the sitting was resumed.

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le lundi 17 juin 2002
(75)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 h 07, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin et Robertson (8).

Autre sénateur présent: L'honorable sénateur Kinsella (1).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 2 du comité.*)

TÉMOINS:

(*Par Vidéoconférence*)

Du gouvernement du Danemark:

M. John Erik Petersen, chef, ministère de la Santé et de l'Intérieur;

Le Dr Steen Friberg Nielsen, président-directeur général, Top Management Academy;

M. Morten Hjulsgaard, chef de ministère, Conseil national de la santé;

Dr Arne Kverneland, chef, Division de l'informatique médicale, Conseil national de la santé.

À titre personnel:

M. Brian Herman, conseiller, Affaires politiques et culturelles, ambassade du Canada au Danemark.

Le président fait une déclaration.

M. Peterson fait une déclaration et répond aux questions. Le docteur Nielsen fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 10 h 20, la séance est suspendue.

À 10 h 30, la séance reprend.

The Chair made a statement. Mr. Hjulsager made a statement. Dr. Kverneland made a statement. The witnesses answered questions.

At 11:42 a.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Le président fait une déclaration. M. Hjulsager fait une déclaration. Dr Kverneland fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 11 h 42, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, June 17, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:07 a.m. to examine the state of the health care system in Canada

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

The Chairman: Honourable senators, our witnesses today are from the Government of Denmark, Mr. John Erik Petersen and Dr. Nielsen. These two gentlemen will speak to us about the maximum waiting time concept. Subsequent to that discussion, we will hear from two officials from the government on the issue of the electronic patient record.

First, I ought to offer my condolences to our witnesses in regard to the soccer results of the weekend. Although it would be hockey in this country, and not soccer, we can understand what a traumatic experience that was.

Mr. John Erik Petersen, Head of Department, Ministry of Health and the Interior, Government of Denmark: Honourable senators, I should like to start with a few words of introduction. First, the so-called care guarantee is not really a guarantee, it is an extension of our free choice of hospital. As a background, we have a national health system in Denmark meaning that health care is taken care of mostly by public resources. Health care, and particularly the hospitals, is operated and financed by our county councils in a decentralized structure.

We introduced a free choice of hospitals among the public hospitals 10 years ago. However, we have not yet had free choice for the few Danish private hospitals, nor hospitals abroad.

As of July 1, we are introducing an extended free choice of hospital to include private hospitals and hospitals in other countries in cases where the patient cannot be treated in the public hospitals in his own country or neighbouring counties within two months. That is where the care guarantee comes in. It is not really a guarantee, but it is an extended free choice after two months of waiting time.

We also have a care guarantee, but that is only in a few areas of life-threatening cancer and heart diseases. That has been in effect for a year now. That is a guarantee in the sense that the councils, the hospitals, are obliged to find care opportunities for the patient within the time limits, which are shorter than two months. They are obliged to find care for the patient, which is not the case with the extended free choice. You get a free choice of a private hospital or a hospital abroad if you have waited more than two months, but there is no guarantee that a private hospital will take care of you.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 17 juin 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 h 07 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

Le président: Honorables sénateurs, nos témoins aujourd'hui représentent le gouvernement du Danemark, soit M. John Erik Petersen et le Dr Nielsen. Ces deux messieurs vont nous entretenir du concept du délai d'attente maximum. Après cette discussion, deux autres représentants du gouvernement nous parlerons des dossiers électroniques des patients.

D'abord, je voudrais présenter mes condoléances à nos témoins concernant les résultats du match de football pendant le week-end. Bien que ce soit le hockey, et non pas le football, qui aurait suscité une telle réaction au Canada, nous comprenons très bien que l'expérience a dû vous traumatiser.

M. John Erik Petersen, chef, ministère de la Santé et de l'Intérieur, gouvernement du Danemark: Honorables sénateurs, permettez-moi de faire quelques remarques liminaires. D'abord, la prétendue «garantie» n'est pas vraiment une garantie; c'est en quelque sorte la prolongation du concept du libre choix de l'hôpital. Permettez-moi de préciser aussi, à titre d'information, que nous avons un système de soins de santé national au Danemark, ce qui veut dire que les soins de santé sont surtout financés par le Trésor public. La prestation des soins de santé, et notamment les soins et services dans les hôpitaux, sont gérés et financés par nos conseils de comté dans le cadre d'une structure décentralisée.

Il y a une dizaine d'années, nous avons lancé le concept du libre choix des hôpitaux, parmi les hôpitaux publics. Toutefois, il n'y a toujours pas de liberté de choix à l'égard des quelques hôpitaux privés au Danemark, ni à l'égard des hôpitaux à l'étranger.

Au 1^{er} juillet, cependant, nous élargissons ce concept de liberté de choix pour inclure les hôpitaux privés et les hôpitaux d'autres pays dans des cas où le malade ne peut être traité dans un hôpital public dans son propre pays ou dans un pays avoisinant en moins de deux mois. C'est là qu'intervient cette notion de garantie. Il ne s'agit pas vraiment d'une garantie, mais disons qu'après un délai d'attente de deux mois, le libre choix est élargi.

Nous avons également une garantie de soins, mais seulement dans les cas limités, par exemple lorsqu'il s'agit de cancer ou de maladies cardio-vasculaires très graves où la vie du malade est en danger. Cette garantie existe depuis un an. Et c'est une garantie en ce sens que les conseils et les hôpitaux sont tenus de trouver les soins requis pour le malade dans le délai fixé, qui est inférieur au délai de deux mois. Ils ont donc l'obligation de lui trouver les soins dont il a besoin, ce qui n'est pas le cas pour le libre choix élargi. Dans ce dernier cas, vous pouvez choisir librement de vous faire soigner dans un hôpital privé ou un hôpital à l'étranger si vous attendez plus de deux mois, mais rien ne garantit que l'hôpital privé que vous choisissez pourra vous soigner.

The Chairman: I wish to deal quickly with cancer and heart disease. There you do have, in a sense, a waiting period of shorter than two months. Am I correct in assuming that the waiting time for heart disease cases, for example depends on the severity of the condition?

Thus, it is not a flat, maximum waiting time. You are guaranteed service in that sense. Again, would you use private hospitals to deal with those patients if public hospitals could not?

Mr. Petersen: That is correct, if necessary. They are defined in medical terms as the number of severe cases that require fast-track treatment, so that, two or three weeks after the diagnosis has been established, you will have your heart surgery, bypass surgery, or whatever. Likewise, with all cancer diseases, there are several defined stages of examination and treatment. From the diagnosis of suspected cancer from your general practitioner, you should be referred to a specialist and examined at the hospital within two weeks. When the diagnosis has been established and primary treatment has been decided, there is a two week maximum waiting time until the surgery takes place. After that, there is usually a period of four weeks until the supplementary radiation treatment or chemotherapy are administered.

In those cases, the public hospitals are obliged to find treatment for you in other counties or private hospitals in Denmark. In fact, the counties have set up a clearing house, so to speak, to administer this scheme with regard to cancer. There is no big problem with regard to heart surgery, but for cancer treatment they have established a clearing house to administer this scheme.

The Chairman: Am I correct in saying that, if you are sent to a private hospital, either in Denmark or abroad, that does not cost the patient anything? Is the cost of the treatment paid out of your public system?

Mr. Petersen: Yes, that is correct.

The Chairman: I want to talk about what you call your extended freedom of choice issue. Let us say that I go past the two months' waiting period because I want a hip replacement or something, if I can find a private hospital to perform the procedure faster than I could get it done in my county hospital, will the public pay for that procedure?

Mr. Petersen: Yes, provided the counties have made an agreement with the private hospital specifying conditions, in particular the price, of course. They are negotiating that now with the private hospitals in Denmark.

The counties are obliged to make such an arrangement with those private hospitals that want them. There are arrangements regarding disagreements, which the minister could resolve, which provide that you will get free treatment at the private hospitals, if you cannot get it in the public hospital in two months.

Le président: Permettez-moi d'aborder rapidement la question du cancer et des maladies du cœur. Dans ce cas, le délai d'attente est inférieur à deux mois. Ai-je donc raison de croire que le délai d'attente des malades lorsqu'il est question de cardiopathie, par exemple, dépend de la gravité de l'état du malade?

Ainsi il ne s'agit pas d'un délai d'attente uniforme. Dans ce sens-là, les clients ont une garantie de service. Encore une fois, auriez-vous recours aux hôpitaux privés pour soigner ces malades si les hôpitaux publics n'étaient pas en mesure de le faire?

M. Petersen: Oui, si c'était nécessaire. On applique une définition médicale pour déterminer le nombre de cas graves qui ont besoin d'un traitement accéléré, si bien que deux ou trois semaines après avoir établi le diagnostic, les malades puissent subir une cardiochirurgie, un pontage, et cetera. De même, pour tous les cancers, il y a des étapes bien définies en matière d'examen et de traitements. Du moment que votre omnipraticien vous diagnostique un cancer potentiel, vous êtes aiguillé vers un spécialiste et vous devez être examiné à l'hôpital en moins de deux semaines. Une fois que le diagnostic et le traitement principal ont été établis, il y a un délai d'attente maximum de deux semaines avant l'intervention chirurgicale. Après ça, il y a normalement un délai de quatre semaines avant que ne s'enclenche la radiothérapie, la chimiothérapie ou d'autres thérapeutiques complémentaires.

Dans ces cas-là, les hôpitaux publics sont tenus de vous trouver des établissements dans d'autres comtés ou des hôpitaux privés au Danemark qui peuvent vous soigner. De fait, les comtés au Danemark ont mis sur pied une sorte de plaque tournante pour la coordination du traitement des cas de cancer. Il n'y a pas de véritable problème pour ce qui est de la cardiochirurgie, mais pour le traitement des cas de cancer, ils ont une plaque tournante qui se charge d'administrer et de coordonner les traitements.

Le président: Ai-je raison de croire que si un malade est aiguillé vers un hôpital privé, au Danemark ou à l'étranger, il n'a rien à payer? Le coût de son traitement est payé par le système public, n'est-ce pas?

M. Petersen: Oui, c'est exact.

Le président: Je voudrais maintenant parler de ce concept de liberté de choix élargie. Supposons que j'attends plus de deux mois parce que je veux me faire poser une prothèse de hanche, par exemple, si je peux trouver un hôpital privé qui est disposé à m'opérer plus vite que mon hôpital de comté, le Trésor public acceptera-t-il de payer mon intervention?

M. Petersen: Oui, à condition que les comtés en question se soient entendus avec l'hôpital privé concernant les conditions à respecter, et notamment le coût de l'intervention, bien entendu. Ils sont actuellement en train de négocier tous ces éléments avec les hôpitaux privés du Danemark.

Les comtés sont obligés de conclure de telles ententes avec les hôpitaux privés qui souhaitent le faire. Une procédure est prévue en cas de désaccord, nécessitant l'intervention du ministre, selon laquelle vous pouvez vous faire soigner gratuitement dans un hôpital privé si un hôpital public n'est pas en mesure de vous assurer ces soins dans un délai de deux mois.

The Chairman: Does Dr. Nielsen want to make any opening comments, in particular, to explain what the Top Management Academy is?

Dr. Steen Friberg Nielsen, CEO, Top Management Academy, Government of Denmark: At the outset, I will comment on what you have just discussed. It seems as if the heart program in Denmark has been such a success that is really what is inspiring us to go into other programming. The cancer program comes after that.

The physicians have felt that their free ride of choosing the place for the patient to go has come under pressure by this government initiative. However, everyone is fighting for results at the moment. We are on a good road.

With regard to the academy, for some years we had the need for continuous education of top managers in the health care arena. A year ago it was decided to finance and establish this academy. In the spring I was appointed. I am now fighting to have something to sell out of the academy to the top managers. We will start up September 1.

The Chairman: How are you funded?

Dr. Nielsen: We are funded by the counties of Denmark who, at this time, are operating the hospitals.

The Chairman: They will contribute and, in return, their management staff will take the short-term courses and seminars that I presume you will be offering. This is not a degree-granting organization of some kind, is it?

Dr. Nielsen: No, you are perfectly right. At this time we are trying to build up our educational program. We have no guarantee as to what will be needed, so currently it is run on a module basis. When we know what will be beneficial, we will run a continuous program, and we will take into account the generation shift that will come in some years.

The Chairman: Is the list of things covered under your extended free choice, or what we call our care guarantee, a fixed list? For example, do you have a list that specifies that hip replacements are included but something very minor is not? Does the two-month limit apply to a fixed list of procedures or treatments?

Dr. Nielsen: It is a general option for the patients. We do not have a list that includes the diagnosis you mentioned. Of course, in Denmark, we have been quite reluctant to offer patients, for example, cosmetic surgery. I would not be able to say whether that is included, but more general procedures are included.

Le président: Le Dr Nielsen voudrait-il faire des remarques liminaires, notamment pour nous expliquer en quoi consiste la Top Management Academy?

Dr Steen Friberg Nielsen, président-directeur général, Top Management Academy, gouvernement du Danemark: Permettez-moi tout d'abord de faire quelques observations sur la question dont vous venez de discuter. On peut dire en quelque sorte que le programme de traitement des maladies du coeur au Danemark a été tellement couronné de succès qu'il nous a inspirés à établir d'autres programmes — par exemple, le programme de traitement des cancers.

Les médecins ont l'impression que leur prérogative de sélection de l'établissement où se fera soigner le malade est compromise en raison de cette initiative gouvernementale. Mais pour le moment, tout le monde se bat pour obtenir de bons résultats. Et nous sommes sur la bonne voie.

En ce qui concerne l'académie, depuis quelques années, nous ressentons le besoin d'assurer le perfectionnement permanent des cadres supérieurs du système de soins de santé. Il y a un an, il a été décidé de financer et de créer cette académie. Au printemps, on m'a nommé. Maintenant je me bats pour avoir quelque chose à offrir à tous ces cadres supérieurs. Nous lançons nos activités au 1er septembre.

Le président: Et comment sont-elles financées?

Dr Nielsen: Nous sommes financés par les comtés du Danemark qui sont actuellement chargés d'administrer les hôpitaux.

Le président: Donc, vous bénéficierez de leur apport financier, en échange de quoi leurs cadres supérieurs pourront suivre les cours et colloques de courte durée que vous organiserez. Ce n'est pas un établissement qui confère des grades, n'est-ce pas?

Dr Nielsen: Non, pas du tout. Pour le moment, nous essayons de constituer un bon programme d'études. Comme nous ne savons aucunement quels sont les besoins, nos cours prennent actuellement la forme de modules. Quand nous saurons exactement quel genre de cours seraient les plus utiles, nous offrirons un programme permanent en tenant compte du changement de génération qui va s'opérer dans quelques années.

Le président: Est-ce que la liste des soins ou services assurés selon votre concept de liberté de choix élargie — ou ce que nous appelons la garantie de soins — est fixe? Par exemple, est-ce que votre liste inclut une intervention de placement de prothèse de hanche, par exemple, mais exclut d'autres soins ou services mineurs? Autrement dit, votre délai de deux mois vise-t-il une liste fixe d'actes et de traitements médicaux?

Dr Nielsen: Généralement, ce soit les patients qui font des choix. Disons que nous n'avons pas de liste qui inclut le genre d'interventions que vous venez de mentionner. Évidemment, nous avons été très réticents au Danemark à offrir la chirurgie esthétique comme service public. Je ne saurais vous dire si elle est incluse, mais je sais que les actes et traitements médicaux d'ordre général le sont.

The Chairman: Dr. Nielsen, what is your annual budget likely to be for the academy?

Dr. Nielsen: We had 5 million kroner to establish the academy. After that, we will have a fee for service. Those who will take advantage of the academy will have to pay the full price.

The Chairman: I will turn first to Senator Morin who was dean of medicine at one of our leading medical schools before he became embroiled in politics.

Senator Morin: I am very much interested in what will be happening after July 1. I understand the liberal party got into power, which is an excellent thing because here on this side we are all Liberals. Am I correct in saying that, after July 1 all waiting times will be less than two months, after the infusion of approximately Can. \$300 million into the health budget?

What is difficult for me to understand is how you define various waiting times. I understand Dr. Nielsen is a physician. Conditions are extremely different, one from another. With cancer of the skin you can easily wait for a year and nothing will happen, while other much more malignant types of cancer, for example, certain types of cancer of the breast constitute an emergency and a wait of two months would be too long. The same applies to certain heart conditions. Some patients can wait easily for a year for surgery without endangering their lives, while a delay would cause other patients to be at risk.

Who made the decisions regarding the waiting time? It is a very difficult decision to make.

If we say that no patient should wait longer than two months, the danger is that everyone will wait for two months. You know how bureaucrats operate. Everyone will wait for two months and then, after a month and a half, they will start treating the patient. There must be some flexibility. I am bit worried about rigid bureaucratic decisions as to waiting times.

My next point has to do with private hospitals. If I understand correctly, a patient will now have a choice of hospitals, which he did not have in the past. This does not apply to our country because Canadians have had a choice of hospitals at all times. He will have the option of going to a private, for-profit hospital. Have you any sense of the quality of care at these private, for-profit hospitals? Are they regulated? Do you have any studies of the outcomes of these private for-profit hospitals? Can a patient go there for major surgery with the same confidence he would have if he went to a large, public, teaching hospital?

It is not only a matter of time, of waiting lists; it is also a matter of quality of care. Personally, I would prefer to wait two weeks and ensure that the quality of care will be excellent, rather than having this done in a hurry at an institution where the quality may not be as good.

Le président: Docteur Nielsen, quel sera votre budget annuel pour l'académie?

Dr Nielsen: On nous a affecté 5 millions de couronnes pour établir l'académie. Ensuite, nous appliquerons une formule de paiement à l'acte. C'est-à-dire que ceux qui profitent des cours de l'académie devront payer le prix intégral.

Le président: Je voudrais d'abord donner la parole au sénateur Morin, qui a été le doyen d'une très grande faculté de médecine canadienne avant de se lancer en politique.

Le sénateur Morin: Je m'intéresse surtout à ce qui va se produire après le 1^{er} juillet. Je crois savoir que le Parti libéral est maintenant au pouvoir, ce qui est une excellente chose étant donné que nous sommes tous libéraux de ce côté-ci de la salle. Ai-je raison de croire qu'après le 1^{er} juillet, les délais d'attente seront inférieurs à deux mois, par suite d'un apport de crédits d'environ 300 millions de dollars canadiens à votre budget sanitaire?

Ce que j'ai du mal à comprendre, c'est votre façon de définir les différents délais d'attente. Si je comprends bien, le Dr Nielsen est médecin. Les différents états pathologiques qu'on associe à différentes maladies sont très différents. Pour le cancer de la peau, on peut facilement attendre un an sans que rien ne se passe, alors que pour d'autres types de cancer malins — par exemple, certains types de cancer du sein sont vraiment urgents et un délai de deux mois serait trop long. Il en va de même pour les troubles cardiaques, certains malades peuvent facilement attendre un an avant d'être opérés sans que leur vie soit en danger, alors que le moindre retard pourrait mettre en danger la vie d'autres patients.

Qui a pris les décisions concernant le délai d'attente? C'est une décision très difficile à prendre.

Si nous décidons qu'aucune malade ne doit attendre plus de deux mois, le danger est que tous les malades vont attendre deux mois. Vous savez comment ça marche dans une bureaucratie. Tout le monde attendra deux mois; au bout d'un mois et demi, on commencera à soigner le malade. À mon avis, il faut de la souplesse. Des décisions bureaucratiques rigides concernant les délais d'attente me semblent problématiques.

Mon prochain point concerne les hôpitaux privés. Si j'ai bien compris, un patient aura désormais le choix des hôpitaux, alors que ce n'était pas le cas précédemment. La situation n'est pas la même au Canada, parce que les Canadiens ont toujours eu le choix des hôpitaux. Mais maintenant un patient au Danemark aura la possibilité d'être soigné dans un hôpital privé à but lucratif. Avez-vous une idée de la qualité des soins assurés dans ces hôpitaux privés à but lucratif? Sont-ils réglementés? Avez-vous fait des études des résultats qu'obtiennent ces hôpitaux privés à but lucratif? Un malade qui y subit une intervention importante peut-il avoir autant confiance en la qualité des soins que s'il se faisait opérer dans un grand hôpital d'enseignement public?

Ce n'est pas juste une question de temps, les listes d'attentes; il y a aussi la question de la qualité des soins. Personnellement, je préférerais attendre deux semaines et être sûr de recevoir des soins d'excellente qualité, que de me faire soigner à la va-vite dans un établissement où la qualité des soins peut ne pas être la même.

These are my two questions: first, how to define what is the best waiting time; and, second, what is the quality of care?

Dr. Nielsen: I can assure you that all the arguments that you brought up in introduction to the first point have been in play in Denmark as well. The two-month maximum waiting time offered as an option for the patient has been pressed through. It has not taken into consideration the more fine differentiation that you might see. It may be more beneficial if you look from one diagnosis to the next.

Mr. Petersen: First, for your information, the Liberals came into government in a coalition with the Conservatives.

Senator Morin: We also have Conservative members here.

Mr. Brian Herman, Counsellor, Political and Cultural Affairs, Canadian Embassy in Denmark: The Liberal Party in Denmark is similar to the Conservative Party in Canada, and the Conservative Party in Denmark is similar to the Alliance Party in Canada. You have to move the political spectrum.

Mr. Petersen: With respect to different waiting times and different requirements for urgent care, you are perfectly right that long waiting times may be a big problem or a small problem, depending on the disease. You mentioned the one cancer disease that is not included in our cancer maximum waiting time: non-melanoma skin cancer.

With regard to the two-month time limit, we do not foresee that all waiting times over two months will disappear in Denmark. We already know from the existing free choice among public hospitals that patients often choose to wait longer to be treated at their local hospitals rather than travelling to Europe and other parts of the country, even though Denmark is a rather small country. Therefore, we do not foresee that many people will take advantage of this offer. One reason is that there are only a few, and rather small, private hospitals in Denmark. Treatment abroad is available, but that brings with it other problems such as language and travelling. We do not foresee a massive travelling of patients and we do not foresee that actual waiting times will drop below two months in all cases.

Senator Morin: You did not specifically comment on quality, but I understand you are satisfied with it. If a patient goes to a private, for-profit hospital, you are satisfied with the quality of the care there. Have you actually measured outcomes, or do you have any evidence to show that the quality of treatment in these private, for-profit hospitals is as good as it is in the other county hospitals?

Voilà donc mes deux premières questions: d'abord, comment faut-il définir le délai d'attente le plus approprié; et deuxièmement, quelle est la qualité des soins prodigués?

Dr Nielsen: Je peux vous assurer que tous les arguments que vous avez fait valoir dans votre préambule ont été avancés dans le débat tenu au Danemark. Des pressions se sont exercées pour aller de l'avant avec un délai maximum d'attente de deux mois pour le malade. Il est certain que ce délai ne tient pas compte de tous les détails qui peuvent être importants. C'est peut-être plus intéressant de définir le délai en fonction du diagnostic à chaque fois.

M. Petersen: D'abord, à titre d'information, les libéraux sont arrivés au pouvoir après avoir formé une coalition avec les conservateurs.

Le sénateur Morin: Nous avons également des sénateurs conservateurs qui sont présents.

M. Brian Herman, conseiller, Affaires politiques et culturelles, ambassade du Canada au Danemark: Le Parti libéral du Danemark est un peu l'équivalent du Parti conservateur du Canada, alors que le Parti conservateur danois est plutôt l'équivalent de l'Alliance canadienne. L'éventail politique est un peu décentré par rapport à celui du Canada.

M. Petersen: En ce qui concerne les différents délais d'attente et les exigences qui touchent les soins urgents, vous avez parfaitement raison de dire qu'un long délai d'attente peut ou non poser problème selon la maladie. Vous avez mentionné l'unique cancer qui n'est pas visé par notre délai d'attente maximum pour les cancers: le cancer de la peau avec mélanome bénin.

En ce qui concerne le délai de deux mois, nous ne prévoyons pas que les périodes d'attente de plus de deux mois vont disparaître au Danemark. Nous savons déjà que depuis l'introduction du concept de la liberté de choix parmi les hôpitaux publics, les patients décident souvent d'attendre plus longtemps pour être traités à leur hôpital local, plutôt que d'avoir à se faire soigner en Europe ou dans d'autres régions du pays, bien que le Danemark soit un assez petit pays. Par conséquent, nous ne pensons pas que beaucoup de citoyens voudront profiter de cette offre, parce que les hôpitaux privés au Danemark sont plutôt petits et peu nombreux. Les gens peuvent se faire soigner à l'étranger, mais cela fait surgir d'autres problèmes, comme la langue et les déplacements. Donc, nous ne croyons pas que les malades vont se mettre à voyager massivement pour recevoir des soins ailleurs et à notre avis, les délais d'attente réels ne sont pas susceptibles d'être inférieurs à deux mois dans tous les cas.

Le sénateur Morin: Vous n'avez pas parlé spécifiquement de la qualité des soins, mais j'ai l'impression que vous en êtes satisfaits. Vous semblez estimer que la qualité des soins qu'un malade recevra dans un hôpital privé à but lucratif est suffisante. Avez-vous vraiment mesuré les résultats? Avez-vous des études indiquant que la qualité des traitements assurés dans ces hôpitaux privés à but lucratif est aussi bonne que dans les autres hôpitaux de comté?

Mr. Petersen: Yes. Private hospitals are under the same monitoring from the Danish health care authority, our National Board of Health. In many cases, the doctors who work at the private hospitals are the same doctors who work in the public hospitals. The general feeling is that the quality in the private hospitals is on the same level as the public hospitals.

We have not done very much measuring of quality, which is a difficult issue, as you I think you agree.

Senator Morin: If I correctly understand what you are saying, the situation will not change much because patients will not wish to travel outside Denmark, and they will want to wait more than two months to have surgery or take treatment in their local hospital.

Mr. Petersen: You are not correct on the last point. You are right that we do not expect large numbers of patients to take advantage of this offer but, at the same time, other developments are going on. The government has given the counties a good deal of money to extend activities in the public hospitals. We expect that waiting times in the public hospitals will be reduced as well, although, you are right, not in the short run to two months.

The Chairman: Our next questioner will be Senator Robertson who was the Minister of Health in our province of New Brunswick for a number of years.

Senator Robertson: The question that I should like to begin with touches on those questions asked by Dr. Morin. When you were defining the estimated waiting times, were those times developed based on scientific, evidence-based criteria? How did you arrive at those times?

Were the causes of delays the same as those we experience in Canada, such as human resource and diagnostic equipment shortages, and poor management of waiting lists?

You mentioned just a moment ago that the physicians work in both the public and private hospitals. Did I understand you correctly in that statement? If, for example, a surgeon was working in both environments, is that because of the lack of OR time in the public hospital, the lack of sufficient financial resources, the lack of sufficient human resources or the fact that there was more traffic than the facility could accommodate? When a patient goes to a private hospital rather than a public hospital, does the patient participate financially more than in the public hospital?

Mr. Petersen: As to how were these time limits derived, I would say that our maximum waiting time for cancer and heart diseases was based on a professional adjustment that these waiting times, for instance, of two weeks for all life-threatening cancers, was reasonable and, professionally, good enough.

M. Petersen: Oui. Le service danois responsable des soins de santé — notre conseil national de la santé — assure le même suivi auprès des hôpitaux privés. Dans bien des cas, les médecins qui travaillent dans les hôpitaux privés sont les mêmes médecins qui travaillent dans les hôpitaux publics. Le sentiment général est que la qualité des soins dans les hôpitaux privés est aussi bonne que dans les hôpitaux publics.

Nous n'avons pas vraiment cherché à mesurer la qualité des soins, mais vous conviendrez sans doute que c'est difficile à faire.

Le sénateur Morin: Si j'ai bien compris ce que vous dites, la situation ne changera guère car les malades ne voudront pas sortir du Danemark pour se faire soigner, et ils voudront attendre plus de deux mois pour se faire opérer ou recevoir des traitements à l'hôpital local.

M. Petersen: Votre dernière affirmation n'est pas tout à fait exacte. Vous avez raison de dire que nous ne nous attendons pas à ce qu'un nombre important de malades profitent de cette offre, mais il y a tout de même des changements qui s'opèrent. Le gouvernement a donné pas mal d'argent aux comtés pour élargir la gamme des activités des hôpitaux publics. Nous nous attendons à ce que les délais d'attente diminuent dans les hôpitaux publics, mais à terme, vous avez raison de dire que selon nos prévisions, ces délais d'attente ne seront pas inférieurs à deux mois.

Le président: La prochaine intervenante sera le sénateur Robertson, qui a été ministre de la Santé dans la province du Nouveau-Brunswick pendant plusieurs années.

Le sénateur Robertson: La question que je voudrais vous poser en premier lieu rejoint celle du Dr Morin. Quand vous cherchiez à définir les délais d'attente, est-ce que vous vous êtes appuyés sur des faits et des critères scientifiques? Comment avez-vous déterminé ces délais?

Et est-ce que les raisons des retards accusés pour assurer les soins étaient les mêmes que celles que nous avons connues au Canada, par exemple, une pénurie de ressources humaines et d'équipement diagnostique, et une mauvaise administration des listes d'attente?

Vous avez dit il y a quelques instants que les médecins travaillent à la fois dans les hôpitaux publics et privés. Est-ce que j'ai bien compris? Par exemple, si une chirurgie travaille dans les deux types d'hôpitaux, est-ce en raison d'un manque de disponibilité du bloc opératoire de l'hôpital public, un manque de ressources financières, un manque de ressources humaines ou le fait que l'établissement public n'est tout simplement pas en mesure de traiter tous ces clients? Et lorsqu'un malade se fait soigner dans un hôpital privé plutôt que public, participe-t-il au paiement des services plus que dans un hôpital public?

M. Petersen: En ce qui concerne la définition des délais d'attente, je dois dire que notre délai d'attente maximum pour le cancer et les maladies du cœur était fondé sur une évaluation professionnelle, c'est-à-dire que ces délais d'attente de deux semaines pour tous les cancers mettant en jeu le pronostic vital étaient raisonnables et suffisants, professionnellement parlant.

The two-month waiting period, in the general area, is more like a political decision. These are diseases where, from a professional point of view, one could easily wait three, four or six months. It might be unpleasant, but no harm would be done. Therefore, to specify two months, as was done in this case, was a political decision based on the level of service that you would like to offer.

Dr. Nielsen: I will go to the second part of your question which relates to the stress that has been placed upon human resources and equipment in the public sector in order to go to a high level of activity. I will not say that we feel in great need of resources at this time. We have quite a high standard of technological equipment in our hospitals. In the last five or ten years our government has invested some considerable money in equipment, so in that regard, there is no problem.

However, we face a problem with human resources because many young girls do not choose health care as a career. As a matter of fact, some of them are outpacing their main competitors in medical faculties. About 60 per cent of the medical students coming out of the university are women.

Within some years, we might have to find some other hands to take care of health care. Currently, we are looking at bringing some of our immigrants into our health care system.

Senator Morin asked about the quality of care in private hospitals. We have no indications at all that the quality of care in our private hospitals is inferior to the quality in university hospitals. Why do Danish physician specialists go to the private sector? In Denmark, our consultants are employed at the hospitals. Therefore, they are co-workers, so to speak. They have a time schedule that indicates when they will have to serve the public hospital. In their free time, they perform their medical art in the private hospitals. We do not hinder them doing so. They may choose to go there because of, as we have heard, the very satisfying working conditions that they meet in a smaller hospital as opposed to the large, public hospital. The public hospital is considered to be a complicated organization. Private hospitals have 10 or 15 beds and the physician works in a teamwork environment. That is considered to be very satisfying.

Senator Robertson: Have you experienced the problem of the private hospitals co-opting the staff from the public hospitals? That concern is expressed here in Canada, namely, that the private hospitals will take the cream of the crop and the public hospitals will not be serviced as well.

Dr. Nielsen: I would not say that we do not have the same fear. However, we have 165 private hospital beds as compared with 23,000 hospital beds in the public sector. We have a small private

Le délai d'attente de deux mois pour les problèmes de santé d'ordre général représente plutôt une décision politique. Pour certaines maladies, du point de vue professionnel, on peut dire qu'un malade pourrait se permettre d'attendre trois, quatre ou même six mois avant d'être traité. Ce serait peut-être désagréable, mais cela ne mettrait pas sa vie en danger. Par conséquent, la détermination du délai de deux mois en l'occurrence correspondait à une décision politique qui était fondée sur le niveau de service qu'il nous semblait approprié d'offrir aux citoyens.

Dr Nielsen: Je voudrais répondre à la deuxième partie de votre question, qui concerne les pressions exercées sur les ressources humaines et les équipements du secteur public pour accroître leur rendement. Je ne peux pas vous dire que nous estimons avoir vraiment besoin de ressources supplémentaires pour le moment. La qualité de notre matériel technologique dans les hôpitaux est excellente. Au cours des cinq ou 10 dernières années, notre gouvernement a investi des sommes importantes dans les équipements, si bien que cela ne pose absolument aucun problème.

Par contre, nous avons un problème de ressources humaines parce que beaucoup de jeunes filles n'optent pas pour une carrière de soignante. En fait, certaines d'entre elles sont plus présentes que leurs principaux concurrents dans les facultés de médecine. Environ 60 p. 100 des étudiants qui sortent des facultés de médecine sont des femmes.

D'ici quelques années, nous devons peut-être chercher ailleurs pour obtenir des soignants. En ce moment, nous envisageons de faire entrer certains immigrants dans notre système de soins de santé.

Le sénateur Morin posait une question au sujet de la qualité des soins assurés dans les hôpitaux privés. Rien ne permet de conclure que la qualité des soins dans les hôpitaux privés chez nous serait inférieure à celle des hôpitaux universitaires. Pourquoi les médecins spécialisés danois exercent-ils sur le secteur privé? Eh bien, au Danemark, nos consultants font partie de l'effectif salarié des hôpitaux. Par conséquent, ils sont collègues, en quelque sorte. Ils ont un horaire qui indique les heures qu'ils doivent travailler à l'hôpital public. Pendant leurs heures de loisirs, ils exercent dans les hôpitaux privés. Nous ne les empêchons pas de le faire. Ils peuvent décider d'exercer sur le marché privé en raison des conditions de travail très intéressantes, d'après ce que nous avons entendu dire, qui existent dans un petit hôpital par opposition à un grand hôpital public. On considère qu'un hôpital public est une organisation compliquée. Les hôpitaux privés ont 10 ou 15 lits et le médecin peut faire un travail d'équipe. Ça leur procure plus de satisfaction professionnelle.

Le sénateur Robertson: Avez-vous rencontré le problème des hôpitaux privés qui cooptent le personnel des hôpitaux publics? Au Canada, les citoyens craignent justement que les hôpitaux privés prennent les meilleurs éléments et que les hôpitaux publics ne puissent plus assurer des soins de la même qualité.

Dr Nielsen: Je dirais que ce n'est pas vraiment une préoccupation pour nous. Cependant, nous avons seulement 165 lits dans les hôpitaux privés, comparativement à 23 000 dans

sector. Initially, we might see some growth in the private sector. When our physicians have done what they should do in the public hospital, we do not hinder them from doing what they want to do in their free time. We do not see any huge flocks of physicians with the ambition to shift to the private sector. Our public hospitals are still attractive to the physicians and specialists. There is no huge demand to shift sector.

Senator Robertson: Do you require the staff — that is, the physicians surgeons, and the specialists in particular — to work a particular number of hours in the public system in order to participate in the private system?

Dr. Nielsen: It is expected that, if you are employed in an organization, you will fulfil your contract. Therefore, if we do not see that they slip out of the door before the rest of the group, then we do not put up any barriers to prevent physicians from working in both places.

Of course, there is a control with all our employees — we get out of them what we expect.

Senator Robertson: You have a limited number of beds in the private system. Do you control the number of private beds? Could the 165 beds grow to 1,000 private beds, or do you control those numbers?

Dr. Nielsen: We do not control the numbers. It could grow to 1,000. During the last few years, we have seen some initiatives in order to establish private hospitals. Those have not been very successful from a financial point of view. Many private hospitals have had financial balancing difficulties. That is been limiting. However, if the patient has a free choice, who knows, maybe the patients would like to be served by liberal doctors and you would see a shift towards that. However, this is not because of any difference in quality, and it is not that we try to regulate the markets.

Senator Robertson: A conservative position is always helpful.

The Chairman: Our next questioner is Senator Cook, who has been a member of a board on what started as a small community hospital that ultimately was amalgamated and, by a series of iterations, it is now a large regional hospital.

Senator Cook: Please assist me in understanding the waiting lines. If, for instance, I were in a waiting line in a county hospital and I ran the time limit of two months, and I now have access to a private hospital, would I be able to I jump the queue in the private facility, or would I join the waiting line there?

Is there one code of conduct for the public hospitals and one for the private hospitals? If so, who establishes those and who is responsible for those regulations?

le secteur public. Le secteur privé est petit chez nous. Au départ, on croyait que ce secteur prendrait peut-être de l'expansion. Une fois que les médecins ont fait ce qu'ils ont à faire à l'hôpital public, nous ne les empêchons pas de faire ce qu'ils veulent durant leurs heures de loisirs. D'ailleurs, d'après ce que nous avons pu voir, les médecins ne se précipitent pas en grand nombre sur le marché privé. Nos hôpitaux publics offrent encore un milieu de travail intéressant pour les médecins et les spécialistes. Il n'y a pas de grand mouvement vers le secteur privé.

Le sénateur Robertson: Exigez-vous que le personnel — c'est-à-dire les médecins, les chirurgiens, et notamment les spécialistes — travaillent un certain nombre d'heures pour le système public afin d'avoir le droit de s'exercer sur le marché privé?

Dr Nielsen: On s'attend à ce qu'une personne qui travaille pour une organisation remplisse les conditions de son contrat. Par conséquent, si nous ne les attrapons pas à quitter le travail avant les autres membres du groupe, nous n'allons pas empêcher les médecins de travailler dans les deux secteurs.

Bien sûr, nous contrôlons le rendement de tous nos employés — nous nous assurons que le travail accompli correspond à nos attentes.

Le sénateur Robertson: Votre système privé compte donc peu de lits. Contrôlez-vous le nombre de lits privés? Serait-il possible que ce nombre passe de 165 à 1 000, ou contrôlez-vous le nombre de lits?

Dr Nielsen: Non, nous ne les contrôlons pas. Le nombre de lits privés pourrait effectivement passer à 1 000. Au cours des dernières années, il y a eu un certain nombre d'initiatives visant à créer des hôpitaux privés. Mais ces initiatives n'ont pas vraiment été une réussite sur le plan financier. Beaucoup d'hôpitaux privés ont eu du mal à équilibrer leur budget. Cela a eu pour résultat d'en limiter le nombre. Mais étant donné que le malade peut exercer librement des choix, qui sait? Peut-être que les patients voudront être soignés par des médecins libéraux, si bien qu'il y aura un déplacement de la clientèle vers le secteur privé. Mais ce ne serait pas à cause d'une différence au niveau de la qualité des soins, ni parce que nous essayons de réglementer les marchés.

Le sénateur Robertson: Il est toujours utile d'entendre l'opinion d'un conservateur.

Le président: La prochaine intervenante sera le sénateur Cook, qui a été administratrice d'un petit hôpital communautaire qui a fini par être fusionné, à plusieurs reprises, avec d'autres établissements, si bien qu'il s'agit maintenant d'un grand hôpital régional.

Le sénateur Cook: Aidez-moi à comprendre le système des listes d'attente. Si je me trouve sur la liste d'attente d'un hôpital de comté, par exemple, et que le délai de deux mois est écoulé, si bien que je peux avoir accès à un hôpital privé, cela voudrait-il dire que je pourrais tout de suite me faire soigner dans l'établissement privé, ou serais-je obligée d'ajouter mon nom à la liste d'attente de ce dernier?

Y a-t-il un code de conduite pour les hôpitaux publics et un autre pour les hôpitaux privés? Dans l'affirmative, qui est chargé d'élaborer ces codes de conduite et qui en est responsable?

Mr. Petersen: First of all, we have to bear in mind that this scheme, the choice of private hospitals paid for by the public, is coming into the force on July 1. We have not seen it yet.

The patients going to private hospitals today have chosen to pay for the service themselves, even though they could have gotten it for free at a public hospital. The county will only cover the services if the patient's home county has approved sending the patient to a private hospital. That has not been the practice until now.

From July 1, many patients will have the right to be referred to a private hospital, and the service will be covered by the public plan. Until recently, private hospitals have not had waiting times. How they will cope with that problem, if it turns out to be a problem, we do not know. Unlike public hospitals, they will be free to expand because they will be paid for each patient they treat. They may try to attract more resources and expand activities in an effort to keep waiting times down.

Senator Cook: If I live in Denmark and I require hospital treatment as of July, if I understand you correctly, I would have a right of choice. I could go to a private hospital. Who establishes quality assurance for the care and for the outcome of my procedure in the private hospital? Is it regulated, or is it done in-house by the private hospital system?

Dr. Nielsen: Denmark has a central health authority, the National Board of Health. It monitors the quality of procedures. Within the last year, we introduced accreditation in one hospital setting in Denmark. Now accreditation is required nationwide. Frankly, the quality of care in private hospitals is monitored the same way as in the public hospitals.

Senator Cook: From a human resources perspective, do you see private hospitals having an impact on the skilled worker in your public hospital? Is remuneration the same?

Dr. Nielsen: Nurses in private hospitals earn a higher salary than those in the public hospitals. They also have different working conditions. They are obliged to work late at night; however, they are compensated for doing so. Private hospitals try to recruit those with special competencies. We have not seen the same thing with physicians.

Senator Cook: Are nurses, doctors and allied health professionals unionized in Denmark?

Mr. Nielsen: All are unionized.

M. Petersen: D'abord, il faut rappeler que ce nouveau régime — c'est-à-dire la possibilité pour les malades de se faire soigner dans des établissements privés, le coût étant supporté par le Trésor public — entre en vigueur au 1^{er} juillet seulement. Nous n'avons pas encore commencé à l'appliquer.

Les patients qui s'adressent aux hôpitaux privés en ce moment choisissent de payer eux-mêmes les services, même s'ils auraient pu obtenir ces mêmes services gratuitement à un hôpital public. Le comté n'accepte de payer les services que si le comté d'attache du malade a approuvé l'aiguillage de ce dernier vers un hôpital privé. Telle n'a pas été la pratique jusqu'ici.

À partir du 1^{er} juillet, beaucoup de patients auront le droit d'être aiguillés vers un hôpital privé, et les services seront payés par le système public. Jusqu'à tout dernièrement, les hôpitaux privés n'avaient pas vraiment de délai d'attente. Quant à savoir ce qu'ils feront, si jamais cela se révèle problématique, nous n'en savons rien. À la différence des hôpitaux publics, ils seront libres d'élargir leurs activités car ils seront payés pour chaque malade qu'ils traitent. Peut-être essaieront-ils de réunir plus de ressources et d'élargir leur gamme d'activités afin de réduire au minimum les délais d'attente.

Le sénateur Cook: Si je suis citoyenne danoise et que je dois être soignée à l'hôpital à partir du mois de juillet, d'après ce que j'ai pu comprendre, j'aurais le droit de choisir. Je pourrais donc me faire soigner dans un hôpital privé. J'aimerais savoir qui est chargé de l'assurance de la qualité en ce qui concerne les soins et les résultats des traitements dans les hôpitaux privés? Est-ce que c'est réglementé, ou ce sont plutôt les hôpitaux privés qui se chargent de faire leur propre contrôle?

Dr Nielsen: Au Danemark, nous avons une administration centrale qui est chargée des soins de santé, soit le Conseil national de la santé. Ce dernier est chargé de surveiller la qualité des actes et traitements médicaux. Au cours de la dernière année, nous avons implanté un système d'accréditation dans un hôpital au Danemark. Mais à présent, l'accréditation est requise à l'échelle nationale. Et le fait est que la qualité des soins assurés dans les hôpitaux privés est suivie de la même façon que dans les hôpitaux publics.

Le sénateur Cook: S'agissant de ressources humaines, à votre avis, les hôpitaux privés auront-ils un impact sur les travailleurs spécialisés de vos hôpitaux publics? Est-ce que la rémunération est la même?

Dr Nielsen: Les infirmiers et infirmières des hôpitaux privés touchent un salaire plus élevé que ceux et celles des hôpitaux publics. Mais leurs conditions de travail ne sont pas les mêmes. Ils sont obligés de travailler tard le soir, mais ils sont rémunérés en conséquence. Les hôpitaux privés essaient de recruter des gens qui ont des compétences spéciales. Mais d'après ce que nous avons observé, ce phénomène ne vise pas les médecins.

Le sénateur Cook: Les infirmiers et infirmières, les médecins et les autres professionnels de la santé sont-ils syndiqués au Danemark?

Dr Nielsen: Oui, tous sont syndiqués.

Senator Cook: Would there be bargaining units for the private and public sector, or is there only one union?

Mr. Nielsen: There is only one union. The nurses union is very interested in serving both the public sector and private hospital nurses.

The Chairman: May I clarify that? If I am a nurse or a doctor in a private hospital, is my remuneration is the same if I am doing the same job in a public hospital?

Mr. Nielsen: No. The nurses, for example, in the private hospital, have a higher salary, but they also have different terms of employment.

The Chairman: However, the private hospital would have a union contract the same way the public hospital does.

Dr. Nielsen: They negotiate with the union. It seems the private hospitals are obtaining higher salary levels than the public sector.

The Chairman: If I looked surprised, it is because I am. Typically, in a Canadian context, the union would attempt to get a uniform wage rate, regardless of the employer. In this case, it seems the union is prepared to accept different wage rates for roughly the same job with different employers.

Dr. Nielsen: It seems so.

The Chairman: The next questioner is Senator Pépin, who was a nurse for many years before entering politics and government.

Senator Pépin: You said that currently 60 per cent of medical students are women. I was happily surprised to hear that you have more women who are qualified doctors. However, you seem a little bit annoyed by that fact. I am wondering why. Is it because they are less qualified or less efficient?

Dr. Nielsen: I would never, in any company, try to hinder women from entering the room. I expressed myself very poorly. Recently, a high percentage of women have entered the medical field, and they are graduating from university with degrees. They are achieving high standards. They boys are doing less.

Senator Pépin: Is it because of the income? Is it because the income is not high enough to attract more young men into medicine? Are they going into another profession where they can earn a higher income?

Dr. Nielsen: Generally, girls are coming out of high school with higher exam results. Those with higher marks will be admitted to medical school, and those with lower marks will have to look for something else. Sixty per cent of those now graduating are young women.

Le sénateur Cook: Existe-t-il des unités de négociation pour le secteur privé et le secteur public, ou y a-t-il un seul syndicat?

Dr Nielsen: Il y a un seul syndicat. Celui des infirmiers et infirmières souhaite vivement représenter le personnel infirmier à la fois du secteur public et des établissements privés.

Le président: Pourrais-je vous demander un éclaircissement? Si je suis infirmier ou docteur dans un hôpital privé, mon salaire est-il le même que celui que je toucherais, pour faire le même travail, dans un hôpital public?

Dr Nielsen: Non. Par exemple, les infirmiers et infirmières qui travaillent dans les hôpitaux privés reçoivent un salaire plus élevé, mais leurs conditions d'emploi sont également différentes.

Le président: Oui, mais l'hôpital privé aurait signé une convention collective avec le syndicat, tout comme l'hôpital public.

Dr Nielsen: C'est-à-dire que les deux négocient avec le syndicat. Il semble que les hôpitaux privés accordent des salaires plus élevés que les établissements du secteur public.

Le président: Si j'ai l'air surpris, c'est parce que je le suis. Dans le contexte canadien, un syndicat va normalement essayer d'obtenir un taux salarial uniforme, quel que soit l'employeur. Dans votre cas, il semble que le syndicat soit prêt à accepter qu'il existe des taux salariaux différents pour des employeurs différents, même si le travail est essentiellement le même.

Dr Nielsen: Oui, il paraît.

Le président: La prochaine intervenante sera le sénateur Pépin, qui a longuement travaillé comme infirmière avant de se lancer en politique et de faire partie du gouvernement.

Le sénateur Pépin: Vous avez dit qu'environ 60 p. 100 des étudiants qui sortent des facultés de médecine en ce moment sont des femmes. J'ai été très agréablement surprise d'apprendre que vous avez plus de femmes que d'hommes qui sont des médecins qualifiés. Mais vous semblaient un petit peu contrarié face à cette réalité. Je me demandais pourquoi. Est-ce parce qu'elles sont moins qualifiées ou moins efficaces?

Dr Nielsen: Je ne voudrais jamais sous aucun prétexte empêcher les femmes d'être des participantes à part entière. Je me suis tout simplement mal exprimé. Récemment, un pourcentage élevé de femmes se sont lancées en médecine, et elles quittent l'université avec un diplôme. Elles ont d'excellents résultats. Les garçons travaillent moins bien.

Le sénateur Pépin: Est-ce à cause du revenu? Serait-ce parce que le revenu n'est pas assez élevé pour inciter de jeunes hommes à faire des études de médecine? Choisissent-ils d'autres métiers où ils peuvent gagner davantage?

Dr Nielsen: Généralement, les jeunes filles qui sortent de l'école secondaire ont de meilleurs résultats scolaires. Ce sont les personnes ayant les meilleures notes qui sont admises aux écoles de médecine, et celles qui ont des notes inférieures sont obligées de chercher autre chose. Soixante pour cent des diplômés de médecine sont de jeunes femmes.

I am not annoyed, but we have some concern that women actually do something else in their lives other than stay in the work place. They have a family to take care of. We have not found any way to have men give birth, and therefore we see the women leaving their work for three-quarters of a year to have one child, more children and so on. That will dramatically change the culture of the medical work force. We see that now. We do not view that with anger or fear, we just speculate on how can we have both an excellent working place for women and have our patients cared for.

Senator Pépin: I want to be naughty and tell you that, yes, it is true that women have children, but on the other hand, when male doctors get to be 50 years old, you find them on the golf courses and the women work at the hospitals.

You have told us that patients are allowed to choose the hospital, even if it is located outside of the country. Do patients take advantage of that right? How do they select the hospital at which they will receive their treatment? In general, how far are they prepared to travel, and who pays for the extra travel cost?

Mr. Petersen: The last question is the easiest. The patient will pay for any extra travel costs. How many patients will go abroad according to this scheme, we do not know. We have some experience with the existing free choice of public hospitals within Denmark. The experience is that some of the patients, approximately 5 per cent, use that right and usually choose a hospital not too far away. We do not expect many patients to travel a long distance.

How will they find the hospitals? As I mentioned, the private hospitals, or the hospitals abroad that want to get into this scheme, must make an agreement with the Danish county councils. The councils will then prepare a list, which will be on their Web sites, as to the agreements they have made and what patients they offer to treat.

We then expect patients to get some help and counselling from their usual general practitioner or from the hospital to which they were primarily referred.

Senator Pépin: If they choose a hospital on the list, and the doctor, does that mean all the expenses will be paid by your government?

Mr. Petersen: The home county will pay for the treatment at the hospital. The only cost the patient will have to pay is the extra transportation costs. They would pay the difference between the transportation cost to the original hospital, or the hospital that the county would refer the patient to, and the actual transportation to the remote, private or foreign hospital.

Cette réalité ne me contrarie pas, mais disons que nous souhaitons aussi que les femmes fassent autre chose dans la vie que de travailler. Elles ont des familles à élever. Nous n'avons pas encore trouvé le moyen de permettre aux hommes d'avoir des enfants, et de plus en plus, nous constatons que les femmes quittent leur travail pendant neuf mois de l'année pour avoir un enfant, et ensuite d'autres enfants, et cetera. Cet état de choses aura nécessairement une incidence très importante sur la culture de l'effectif médical. Nous en sommes déjà témoins. Ce n'est pas un phénomène qui suscite une réaction de colère ou de crainte, mais nous nous demandons tout simplement comment il sera possible de créer un excellent milieu de travail pour les femmes tout en assurant les soins requis aux malades.

Le sénateur Pépin: Je vais me permettre d'être méchante et de vous dire que oui, les femmes ont les enfants, mais par contre, lorsque les médecins hommes atteignent l'âge de 50 ans, ils préfèrent être sur un terrain de golf, et donc ce sont les femmes qui travaillent dans les hôpitaux.

Vous nous avez dit que les malades pourront choisir l'hôpital, même s'il est situé à l'étranger. Est-ce que les patients exercent ce droit? Comment font-ils pour choisir l'hôpital où ils voudraient être soignés? En général, ils sont prêts à parcourir quelle distance pour recevoir les soins, et qui paient les frais de déplacement supplémentaires?

M. Petersen: Votre dernière question est la plus facile. C'est le patient qui paie les frais de déplacement supplémentaires. Quant au nombre de patient qui opteront pour cette possibilité, nous n'en savons rien. Nous devons nous fonder sur notre expérience du système actuel de libre choix des hôpitaux publics au Danemark. Selon notre expérience, certains patients — environ 5 p. 100 — exercent ce droit et choisissent normalement un hôpital qui n'est pas situé trop loin. Nous ne nous attendons pas à ce que beaucoup de malades décident d'aller très loin pour se faire soigner.

Comment font-ils pour trouver les hôpitaux? Comme je vous l'expliquais, les hôpitaux privés ou les hôpitaux à l'étranger qui veulent participer à ce régime doivent conclure une entente avec les conseils de comté danois. À ce moment-là, les conseils préparent une liste des ententes conclues et le genre de patients que les établissements en question sont prêts à soigner, et cette liste est affichée sur leur site Web.

On suppose que les patients s'adressent ensuite à leur médecin de famille habituel ou à l'hôpital auquel ils ont été renvoyés au départ pour obtenir de l'aide et se faire conseiller.

Le sénateur Pépin: S'ils choisissent un hôpital se trouvant sur la liste, de même que le médecin, est-ce que cela signifie que toutes les dépenses sont à la charge de votre gouvernement?

M. Petersen: Le comté d'attache paie le coût des soins donnés à l'hôpital. Les seuls frais qui sont à la charge du patient sont les frais de voyage supplémentaires. Par exemple, ils devront payer la différence entre les coûts de transport pour l'hôpital original, ou l'hôpital vers lequel le comté aurait normalement aiguillé le patient, et les frais de transport réels à l'établissement éloigné, privé ou étranger.

Senator Pépin: Will patients be entitled to take a family member if they are to have very important surgery or treatment? Will the cost be covered?

Dr. Nielsen: No, those extra costs will also be covered by the patients.

Senator Robertson: Where you have public and private institutions, and there are waiting lists for both, do you allow your citizens to purchase private insurance so that, if they wanted to get into the hospital faster than the waiting line would allow, they would have insurance to pay for the care they get?

Mr. Petersen: Yes, private hospitals are perfectly free to establish themselves and patients are free to go there if they pay themselves, or if they have private insurance that pays for them. If they agree to have private insurance, there still are services covered for free by the public system.

Senator Robertson: Are you suggesting that private insurance would cover processes that are not covered by your state health insurance?

Mr. Petersen: According to the policy agreement, private health insurance in Denmark also covers, in many cases, treatment in the private hospital even though the service could have been had for free in the public hospital. One of the attractions of private health insurance in Denmark is that you can go to a private hospital where there is no waiting list. As I mentioned before, generally speaking, there are no waiting lists in the private hospitals. That is their basic attraction.

Senator Robertson: In the public hospital, are there health services that are deleted? Do you have a roster of processes that are not covered by your public health insurance?

Mr. Petersen: Not really, except for cosmetic surgery and so on. If we talk about treating diseases, no, all diseases are covered by the public scheme. As to the two months' free choice, there was a question about whether we have a list of services included on the two months ruling which would give a free choice to private hospitals. We do not have an inclusion list, but we have an exclusion list. We have a list of services that are not included in the two months' time limit.

Senator Robertson: What are some of the excluded procedures?

Mr. Petersen: Transplants, where there would be waiting times for obvious reasons other than resources. Fertility treatment, IVF treatment, sterilization and that sort of procedure are not included, and cosmetic surgery, of course.

Le sénateur Pépin: Les malades ont-ils le droit d'emmener un membre de la famille avec eux s'ils doivent subir une intervention ou un traitement très important? Ces frais-là sont-ils couverts?

Dr Nielsen: Non, ces autres frais sont également à la charge des malades.

Le sénateur Robertson: Là où il existe des établissements publics et privés, et qu'il y a des listes d'attente pour les deux, permettez-vous à vos citoyens de prendre des assurances privées, de sorte qu'ils pourraient faire payer leurs soins par la compagnie d'assurance si jamais ils voulaient être soignés à l'hôpital plus rapidement, sans avoir à attendre que ce soit leur tour, s'il y a une liste d'attente?

M. Petersen: Oui, les hôpitaux privés ont parfaitement le droit de s'implanter et les patients sont tout aussi libres de s'y adresser pour les soins s'ils les paient eux-mêmes, ou s'ils ont des assurances privées qui les paient à leur place. Même s'ils décident de prendre une assurance privée, il reste que certains services sont assurés gratuitement par le système public.

Le sénateur Robertson: Êtes-vous en train de nous dire que l'assurance privée paierait tout ce qui n'est pas assuré par votre système d'assurance-santé public?

M. Petersen: Conformément à l'entente touchant les polices d'assurance, les assurances-maladie privées du Danemark couvrent dans bien des cas les soins assurés dans les hôpitaux privés, même si le patient aurait pu obtenir ce service gratuitement dans un établissement public. L'un des attraits de l'assurance-maladie privée au Danemark, c'est qu'on peut se faire soigner dans un hôpital privé où il n'y a pas de liste d'attente. Comme je viens de vous le dire, généralement il n'y a pas de liste d'attente dans les hôpitaux privés. C'est ça leur grand atout.

Le sénateur Robertson: Et dans les hôpitaux publics, y a-t-il des services qui ne sont pas assurés? Avez-vous une liste d'interventions ou d'actes médicaux qui ne sont pas assurés par le régime d'assurance-santé public?

M. Petersen: Pas vraiment, à part la chirurgie esthétique et ce genre de choses. Mais en ce qui concerne le traitement des maladies, non; toutes les maladies sont couvertes dans le cadre du régime public. En ce qui concerne les deux mois et le libre choix, vous nous demandiez si nous avons une liste de services qui sont visés par le délai d'attente de deux mois qui permettrait aux patients de choisir librement parmi les établissements privés. Nous n'avons pas de liste de ce qui est inclus; nous avons plutôt une liste de ce qui est exclu. Autrement dit, nous avons une liste de services qui ne sont pas visés par le délai d'attente de deux mois.

Le sénateur Robertson: Quels actes médicaux ou services seraient exclus?

M. Petersen: Les greffes d'organes, par exemple, pour lesquelles il y aurait un délai d'attente pour des raisons évidentes qui n'ont rien à voir avec les ressources. Les traitements pour la stérilité, les traitements de fécondation in vitro et ce genre d'interventions ne sont pas inclus, ni la chirurgie esthétique, bien entendu.

Senator Robertson: Are abortions covered completely?

Mr. Petersen: Yes, but there are no waiting times in the public hospitals for abortions.

Senator Morin: I would like to come back to the waiting times. As I understand it, in March 2000 a number of targets for waiting times were set. For example, two, three and five weeks for certain conditions and then six weeks for others. Which organization is responsible for setting out these waiting times? Is there any way of appealing or changing these times? Have the times changed with the advance of science, clinical research and so forth? I have the list of cancers that would require surgery — maybe my list is not complete. However, many cancers are not part of the list such as cancer of the kidney and some prostate cancers that are rapidly malignant. The heart conditions can be two, three, five weeks and so forth. These are extremely difficult scientific, clinical decisions to make.

The patient's life is at stake and that worries me. In theory, waiting times are perfect with two weeks here and four weeks there. However, each patient confronts different circumstances. One patient with one condition can wait six months, while another patient cannot wait — depending on the biopsy if we are talking about malignancies, or if we are talking about heart disease it depends on the number of vessels involved and what function of the left ventricle remains, and so forth. I do not want to become too technical. Each patient is so different. I wonder how you can determine waiting times with any sense of equity because one patient may suffer and another may not. Do you have a clinical organization or someone who is constantly reviewing the literature to make sure that these waiting times change with the advances in clinical research?

Mr. Petersen: The list you have is a little obsolete. From September 1 last year, the maximum waiting time for life threatening heart and cancer diseases was extended to include all cancers except for non-melanoma skin cancers. Waiting times are pretty short, two weeks for surgery and four weeks for radiation. Those time limits have been established to ensure that we have the shortest possible waiting times as practicable in our hospitals. Some other waiting times, such as those for heart surgery, have been established by the National Board of Health from professional counsellors and are believed to be in line with professional consent.

However, let me point out that no doctor should disregard his professional evaluation of each individual patient. If a patient is in more urgent need of treatment, then the doctor should treat the most urgent patient first. What he should do with the other

Le sénateur Robertson: Et tous les frais des avortements sont-ils couverts?

M. Petersen: Oui, mais il n'y a pas de délai d'attente dans les hôpitaux publics pour les avortements.

Le sénateur Morin: Je voudrais revenir sur la question des délais d'attente. Si je comprends bien, en mars 2000, vous avez fixé plusieurs objectifs en matière de délai d'attente. Par exemple, un délai de deux, trois et cinq semaines pour certaines affections et six semaines pour d'autres. Quel organisme est chargé de définir ces délais d'attente? Y a-t-il moyen d'interjeter appel de sa décision ou de faire modifier ces délais? Ces délais ont-ils changé au fur et à mesure qu'il y a eu des progrès scientifiques, de nouvelles recherches cliniques, et cetera? J'ai sous les yeux la liste des cancers requérant la chirurgie — peut-être que ma liste n'est pas exhaustive. Mais le fait est que bon nombre de cancers, tels que le cancer du rein et certains cancers de la prostate qui deviennent rapidement malins, n'y figurent pas. En ce qui concerne les troubles cardiaques, le délai peut être de deux, trois, ou cinq semaines, et cetera. Je trouve que ce sont des décisions scientifiques et cliniques fort difficiles à prendre.

C'est la vie du patient qui est en jeu, et ça m'inquiète. En théorie, ces délais d'attente sont parfaits: deux semaines ici et quatre semaines là. Mais les circonstances de chaque patient sont différentes. Un malade atteint d'un certain type d'affection peut bien attendre six mois, alors qu'un autre ne peut pas du tout attendre — selon les résultats de la biopsie, si on parle de malignité, ou encore s'il est question de troubles cardiaques, tout dépend du nombre de vaisseaux qui sont touchés, à quel degré le ventricule gauche fonctionne toujours, et cetera. Je ne veux pas parler de choses trop techniques, mais à mon avis, chaque patient est tellement différent. Je me demande comment vous pouvez établir des délais d'attente qui soient vraiment équitables, surtout que dans un cas, le malade peut souffrir alors qu'un autre ne souffre pas. Avez-vous un organisme clinique ou une personne qui examine sans arrêt les études pour s'assurer que les délais d'attente évoluent en fonction des progrès réalisés au niveau de la recherche clinique?

M. Petersen: Votre liste est périmée. Depuis le 1^{er} septembre de l'an dernier, le délai d'attente maximum pour les affections cardiaques et les cancers mettant en jeu le pronostic vital vise désormais tous les cancers, sauf les cancers de la peau avec mélanome bénin. Les délais d'attente sont assez courts, soit deux semaines pour la chirurgie et quatre semaines pour la radiothérapie. Ces limites ont été fixées pour nous assurer des délais d'attente les plus courts possible dans nos hôpitaux. Les autres délais d'attente, comme ceux touchant la cardiologie, ont été définis par le Conseil national de la santé avec l'aide de conseillers professionnels, et sont considérés cadrer avec l'opinion des professionnels.

Cependant, je me permets de préciser qu'aucun médecin ne doit écarter son évaluation professionnelle de l'état d'un malade. S'il estime que ce dernier a un besoin urgent de traitement, il devrait soigner le patient dont les besoins sont les plus urgents. Quant à

patient who has some right on the list is to refer him to a place that can treat him. The professional evaluation of each individual patient is the most important factor.

Senator Morin: My second question deals with those patients who have chosen one of the two types of general practitioners, group 1 and group 2. Would the waiting time for a group 2 patient, the patient who pays for direct access to a specialist, be shorter because he does not have to be referred by his general practitioner? Can he go directly to the cardiologist? Would his waiting time be shorter as he would save on the referral time, which is two weeks on the list I have here?

Mr. Petersen: The two weeks waiting time is defined as the time the referral is received at the hospital until the procedure is offered. It does not matter if the referral comes from a general practitioner or a specialist. You might say that a patient who goes directly to a specialist may not need to go to a hospital in some cases. The practising specialist might be substituting for the hospital in that case.

There are a number of different possibilities. The practitioner may send you to a practising specialist rather than to the hospital, and in that case you could say that the patient who has gone directly to a practising specialist gets into the system faster. However, we think that our system of general practitioners — our gatekeeper system so to speak — is a valuable part of our system. These days, only 1 or 2 per cent of the population is in group 2.

The Chairman: I have two final questions: one of clarification and then a political question. First, is it reasonable for me to assume, given the small size of the private hospitals, that they are only doing relatively simple procedures such as simple orthopaedics and hernias and they are not doing complicated cardiac procedures and so forth? I ask that because I do not know how a small hospital — almost the size of what we would call a clinic — could afford the overhead associated with the more complicated cases.

Dr. Nielsen: A small number of private hospitals in Denmark also take more complicated cases such as coronary bypass operations and hip replacements, if you consider that complicated.

The Chairman: Let us take your hip replacement example. Does that private hospital only deal with joint replacements or orthopaedic procedures? Would the same hospital do a bypass? They focus on doing a limited number of procedures well; is that right?

l'autre patient qui a aussi une certaine priorité sur la liste, il devrait l'aiguiller vers un établissement qui peut le soigner. Donc, l'évaluation professionnelle que fait le médecin de chaque patient individuel est vraiment le facteur le plus important.

Le sénateur Morin: Ma deuxième question concerne les patients qui ont choisi l'un ou l'autre des deux types de médecins généralistes, c'est-à-dire le groupe 1 et le groupe 2. Est-ce qu'un malade du groupe 2 qui paie pour accéder directement à un spécialiste devra attendre moins longtemps, étant donné qu'il n'a pas à passer par son omnipraticien? Peut-il s'adresser directement au cardiologue? Et son délai d'attente serait-il inférieur aux deux semaines dont il est question sur la liste ici, étant donné qu'il gagnerait du temps en n'étant pas obligé de passer par un médecin de famille?

M. Petersen: Le délai d'attente de deux semaines est ainsi défini: on calcule à partir du moment du renvoi du patient à l'hôpital jusqu'au moment où on lui offre le traitement. Peu importe que la recommandation émane d'un omnipraticien ou d'un spécialiste. D'ailleurs, un patient qui s'adresse directement à un spécialiste peut ne pas avoir besoin d'être hospitalisé dans certains cas. Le spécialiste traitant pourrait se substituer à l'hôpital dans de tels cas.

Donc, il y a différentes possibilités. L'omnipraticien pourrait peut-être vous renvoyer à un spécialiste en exercice, plutôt qu'à l'hôpital, auquel cas vous pourriez dire que le malade qui passe directement au spécialiste entre dans le système plus rapidement. Mais pour nous, notre système d'omnipraticiens — qui joue un peu le rôle de contrôleur — est un élément très précieux de notre réseau. À l'heure actuelle, seulement 1 ou 2 p. 100 de la population se trouvent dans le groupe 2.

Le président: J'ai deux dernières questions à poser: la première, pour obtenir des éclaircissements, et ensuite une question politique. D'abord, est-il raisonnable de supposer, étant donné leur petite taille, que les hôpitaux privés se chargent d'actes médicaux relativement simples, comme la chirurgie orthopédique, la réparation des hernies, et cetera, plutôt que de cardiologie compliquée et de ce genre de choses? Je vous pose la question parce que je ne vois vraiment pas comment un petit hôpital — un établissement de cette taille serait considéré ici comme une clinique — pourrait se permettre de payer les frais généraux qui se rattachent aux chirurgies plus compliquées.

Dr Nielsen: Un petit nombre d'établissements privés au Danemark font également des interventions plus compliquées, comme les pontages et les opérations de remplacement de prothèses de hanches, si ces interventions-là peuvent être considérées compliquées.

Le président: Prenons votre exemple d'une intervention de remplacement d'une prothèse de hanche. Cet hôpital privé fait-il uniquement des opérations de remplacement de hanches ou de genoux ou d'autres types de chirurgie orthopédique? Est-ce que ce même hôpital fait des opérations de pontages? Je suppose que ces établissements doivent essayer de maintenir la qualité des soins en se limitant à un certain nombre d'actes médicaux, c'est bien ça?

Dr. Nielsen: They want to have a focused operation. We have one private hospital in Copenhagen that does perform hip replacements, knee replacements and cardiac surgery.

The Chairman: How many beds would it have, roughly?

Mr. Petersen: Approximately 40 or 50 beds.

The Chairman: I am thinking of the amazing overheads you would have in order to operate a 40- or 50-bed hospital with that range of services. Their rates are high, I presume.

Mr. Petersen: It is based on part-time surgeons and physicians who have their full-time job in the public hospitals. They can use different specialists for different cases. They do not have to have a full-time heart surgeon, for instance.

The Chairman: I was thinking more of the capital cost of equipment required. In any event, since it is a free market and they are operating in a big city, their patients would be upper-tier income people for whom an extra few thousand dollars would not be a constraint. Is that a reasonable assumption?

Dr. Nielsen: My comment is maybe that is why we have such a small private sector.

They have experienced great difficulty in finding financial balance. Not many of them are running in balance. They have great deficits. Therefore, we will have to wait some years before we see the booming business of private hospitals in Denmark.

The Chairman: I was intrigued by your observation that the two-month maximum waiting time was a political decision. I had guessed as much

Was whether it should be two months or three months or six months a hotly debated political issue? Was this an election promise that a government put on the table, and therefore, it was implemented without a great debate about the appropriate waiting time?

Mr. Petersen: That is a fair and precise description. The former government had a three-month waiting time goal, you might say. At that time, the opposition in the election campaign promised this two-month time limit and after that you would have free choice to a private hospital.

The Chairman: We got from three months to two months as part of competitive pricing in an election market. Is that a reasonable assumption?

Mr. Petersen: Very precise.

Senator Pépin: There was no study done prior to adopting the policy choosing two months compared with three months? Was it merely an electoral promise?

Dr Nielsen: Ils veulent limiter l'ampleur de leur chirurgie. Nous avons un seul hôpital privé à Copenhague qui fait des opérations de remplacement de prothèses de hanches et de genoux, ainsi que des chirurgies cardiaques.

Le président: Et il aurait combien de lits environ?

M. Petersen: Environ 40 ou 50 lits.

Le président: Je me dis que les frais généraux d'un hôpital de 40 ou 50 lits qui offre un tel éventail de services doivent être très élevés. Je suppose que leurs tarifs sont également élevés.

M. Petersen: Leur personnel est composé de chirurgiens et de médecins à temps partiel qui ont un emploi à plein temps dans les hôpitaux publics. Ils peuvent recourir aux services de différents spécialistes selon les cas qui leur sont soumis. Par exemple, ils n'ont pas de chirurgien cardiologue à plein temps.

Le président: Je songeais plutôt au coût des immobilisations, c'est-à-dire du matériel requis. Quoi qu'il en soit, c'est un marché libre, ils exercent dans une grande ville, et donc on peut supposer que leurs patients sont des gens aisés pour qui une dépense de plusieurs milliers de dollars ne représente pas un problème. Est-ce une hypothèse raisonnable?

Dr Nielsen: Je vous dirais que c'est peut-être pour cette raison que le secteur privé est si limité.

Les établissements privés ont justement eu beaucoup de mal à équilibrer leurs budgets. Il y en a peu qui ont atteint le seuil de rentabilité. Ils ont des déficits importants. Par conséquent, il faut attendre encore quelques années avant que les hôpitaux privés du Danemark deviennent très prospères.

Le président: J'ai trouvé intrigante votre observation selon laquelle le délai d'attente maximum de deux mois représentait une décision politique. Je l'avais plus ou moins deviné, je suppose.

Est-ce que la question de savoir s'il devrait s'agir d'un délai de deux mois, de trois mois ou de six mois a donné lieu à un vif débat politique? S'agissait-il d'une promesse électorale faite par le gouvernement et qui a donc été mise en oeuvre sans grande discussion sur le délai d'attente qui serait vraiment approprié?

M. Petersen: Votre description est assez juste et précise. L'ancien gouvernement s'était fixé comme objectif d'établir un délai d'attente de trois mois, disons. À l'époque, l'opposition a promis dans le cadre de la campagne électorale de fixer un délai d'attente de deux mois et de permettre aux citoyens d'étendre leur liberté de choix aux hôpitaux privés.

Le président: Donc, vous êtes passés de trois mois à deux mois à cause de la concurrence entre deux partis rivaux durant une campagne électorale. S'agit-il d'une caractérisation raisonnable?

M. Petersen: Oui, tout à fait.

Le sénateur Pépin: Et aucune étude n'a été menée avant qu'un délai de deux mois soit retenu plutôt que de trois mois? Il s'agissait simplement d'une promesse électorale?

Mr. Petersen: As I mentioned, all the diseases we are talking about are those where people can in fact wait three, four or six months. It may be unpleasant, but not harmful. Therefore, it is a question of the level of service you want to give your citizens. It is not unfair that it is a political decision, in fact.

Senator Pépin: We will be watching you.

Dr. Nielsen: Before I changed to my current position, I was a medical director of a hospital in a county where it was decided to introduce a three-month-maximum waiting time. We organized and reorganized all the hospitals and all the clinical departments in order to gear up for that level of activity.

This election came along and set the barrier higher, and that caused some frustration. However, everyone is now doing the best that they can to fulfil the objectives of the government. To have changing expectations in a very short period might exhaust even people in the medical profession.

Senator Cook: I am back to the waiting line issue. I have been diagnosed with a problem, and I am on your waiting list. Am I to assume that all the tests and the diagnosis are ready, and I am just waiting for the procedure?

When I come off the public hospital list and into private hospital care, is information shared or must I start at the beginning? Does my file go with me?

Mr. Petersen: Yes. The necessary information will be transferred from the public to the private hospital.

Senator Cook: In effect, that would lessen the need for equipment in a private facility.

Mr. Petersen: We do not want double examinations.

Senator Cook: Would the public and private hospitals share diagnostic equipment?

Mr. Petersen: They would not share equipment. They would share information. For example, the X-ray pictures and MRI scans would be transferred from the public hospitals to the private.

The Chairman: That is a perfect bridge to the next panel, which will deal with electronic health files. Thank you very much for joining us. It has been most helpful.

The next two witnesses are from the National Board of Health, which we just heard is, among other things, responsible for quality evaluation and outcomes research both in the public and private sectors.

M. Petersen: Comme je vous l'ai déjà dit, toutes les maladies dont on parle sont des maladies qui ne mettent pas la vie du patient en danger s'il doit attendre trois, quatre ou six mois. C'est peut-être désagréable, mais ça ne lui porte pas préjudice. Donc, il s'agit de savoir quel niveau de service on veut assurer à ses citoyens. Ce n'est pas normal au fond que ce soit une décision politique.

Le sénateur Pépin: Nous allons suivre de près la situation chez vous.

Dr Nielsen: Avant d'accepter mon poste actuel, j'étais directeur médical d'un hôpital dans un comté où l'on avait décidé de prévoir un délai d'attente maximum de trois mois. Nous avons donc organisé et réorganisé tous les hôpitaux et tous les services cliniques pour être à même d'atteindre ce niveau de rendement.

Ensuite il y a eu les élections, qui ont eu pour résultat d'établir une norme encore plus élevée, ce qui a certainement suscité des frustrations. Mais maintenant, tout le monde s'efforce par tous les moyens d'atteindre les objectifs du gouvernement. Avoir à répondre à des attentes qui changent en peu de temps pourrait être éprouvant pour les médecins.

Le sénateur Cook: Je reviens sur la question des listes d'attente. Supposons qu'on ait diagnostiqué un problème de santé quelconque, et que je me trouve sur votre liste d'attente. Dois-je supposer que le diagnostic est prêt et que l'établissement est en mesure de me faire passer tous les tests, et qu'au fond je n'ai qu'à attendre que ce soit mon tour?

Quand on m'enlève de la liste des hôpitaux publics parce que je reçois mes soins dans un établissement privé, est-ce que cette information est communiquée aux autorités appropriées, ou faut-il tout recommencer à zéro? Autrement dit, mon dossier médical m'accompagne-t-il?

M. Petersen: Oui. Toute l'information nécessaire est communiquée à l'établissement privé par l'établissement public.

Le sénateur Cook: Dans ce cas, on peut supposer que l'établissement privé a moins besoin d'équipement.

M. Petersen: On ne veut certainement pas faire deux fois les mêmes examens.

Le sénateur Cook: Les hôpitaux publics et privés partagent-ils le même équipement diagnostique?

M. Petersen: Non, ils ne partagent pas le même équipement. Ils partagent l'information. Par exemple, les radios et les résultats des examens par IRM seraient communiqués par l'hôpital public à l'établissement privé.

Le président: Voilà justement un point qui nous permet de faire facilement la transition à l'autre groupe d'experts, qui va nous parler des dossiers médicaux électroniques. Merci infiniment de vous être joints à nous. Cette discussion a été fort instructive.

Nous deux prochains témoins sont membres du Conseil national de la santé qui, comme nous venons de l'apprendre, est chargé de l'évaluation de la qualité des soins et des résultats de la recherche pour les secteurs à la fois public et privé.

Welcome. I know that you will be giving us an overview. However, before you start direct comments on medical informatics and electronic health records, you might give us a brief summary of the role of the National Board of Health in managing the health care system in Denmark.

Please proceed.

Mr. Morten Hjulsager, Head of Department, National Board of Health, Government of Denmark: We have not organized a formal introduction from the National Board of Health. Between the two of us, perhaps we can put it together.

The Chairman: It would be useful if we understood what the National Board of Health does.

Dr. Kverneland, Head of Division of Medical Informatics, National Board of Health, Government of Denmark: We can give a short introduction. The National Board of Health has seven departments of which, Medical Statistics is one department and Medical Informatics is another.

Our role is to collect information from what is going on in health services in Denmark, especially in the hospitals. We collect data and we compile statistics. Informatics' role is to come up with standards about how to collect data, manage that data, and how the registered work in the field occurs.

The National Board of Health also deals with prevention and quality improvement.

Mr. Hjulsager: The board also has departments that deal with health planning in general and departments that deal with the supervision of health personnel.

The Chairman: Are you an arm's length agency from the government? What is your relationship with the ministry?

Dr. Kverneland: We are part of the ministry. However, we have our own registration. We focus on certain areas. We collaborate with the Ministry of Health but we are responsible for the security of patient rights. We have our own legislation to deal with that.

The Chairman: Are you publicly funded out of the ministry's budget?

Dr. Kverneland: Yes.

The Chairman: Please proceed to tell us about your electronic health records.

Dr. Kverneland: I am a medical doctor who has been working in the field of Medical Informatics for five years. The National Board of Health has a department which focuses on standardization, and I will tell you about that. We have come

Bienvenue. Je sais que vous allez nous donner un aperçu général de vos activités. Mais avant de nous parler de l'informatique médicale et des dossiers médicaux électroniques, peut-être pourriez-vous nous résumer brièvement les attributions du Conseil national de la santé par rapport à la gestion du système de soins au Danemark.

Vous avez la parole.

M. Morten Hjulsager, chef de ministère, Conseil national de la santé, gouvernement du Danemark: Nous n'avons pas prévu de remarques liminaires touchant le rôle du Conseil national de la santé, mais entre nous deux, nous arriverons peut-être à vous communiquer les points essentiels.

Le président: En ce qui nous concerne, ce serait bien utile de savoir exactement ce que fait le Conseil national de la santé.

Dr Kverneland, chef, Division de l'informatique médicale, Conseil national de la santé, gouvernement du Danemark: Nous pouvons certainement vous le présenter brièvement. Le Conseil national de la santé comprend sept services, dont ceux de la Statistique médicale, d'une part, et de l'Informatique médicale, d'autre part.

Notre rôle consiste à recueillir des renseignements sur ce qui se passe dans les services de santé au Danemark, surtout en ce qui concerne les hôpitaux. Nous recueillons des données et nous en tirons des statistiques. Notre division chargée d'établir des normes sur la collecte et la gestion des données, et sur la façon dont s'accomplit le travail d'enregistrement des données dans ce domaine.

Le Conseil national de la santé est également chargé de la prévention et de l'amélioration de la qualité des soins.

M. Hjulsager: Le Conseil compte également des services qui s'occupent de la planification générale des services de santé et de la supervision des professionnels de la santé.

Le président: Votre organisme est-il complètement indépendant du gouvernement? Quelle est la nature de vos rapports avec le ministère?

Dr Kverneland: Nous faisons partie du ministère. Seulement nous constituons une unité distincte. Nous nous concentrons sur certains domaines d'activité. Nous collaborons au travail du ministère de la Santé mais nous sommes responsables de la sécurité des droits des malades. Nous avons d'ailleurs notre propre loi pour protéger ces droits.

Le président: Le financement de vos activités passe-t-il par le budget du ministère?

Dr Kverneland: Oui.

Le président: Veuillez donc nous parler de votre dossier médical électronique.

Dr Kverneland: Je suis un médecin qui travaille dans le domaine de l'informatique médicale depuis cinq ans. Le Conseil national de la santé a un service qui s'occupe de normalisation, dont je vais vous parler dans quelques instants. Nous avons

up with a national IT strategy for Danish hospitals and we are on working on a new strategy for 2003-07. I will show you the actual strategy from 2000-02.

In 1996, there was a strategic report action plan for EPR. In 1998, we founded the EPR observatory that looked into what happened in various hospitals. They collected experiences from EPR sites in Denmark.

In 1999, the strategy I told you about came into existence, namely, the strategy for the development of information technology in hospitals, 2000-02. That is what we are working on at the moment. The new strategy will be in for 2003.

As to the main topics in the National Board of Health, in the Department of Medical Informatics, we are working with the classification system, the medical record, the clinical quality databases and communication. We use EDIFACT. We have a huge EDIFACT communication system in Denmark. We have about 2 to 3 million messages a month.

The Chairman: Can you take one second to explain what you mean by EDIFACT? That is an acronym I have not heard before.

Dr. Kverneland: EDIFACT is a technical way of communicating. It is used for prescriptions, referral notes and admissions from the general practitioner to the hospital and from the general participatory to the pharmacy. They communicate on this standard called EDIFACT.

The Chairman: It is the technical standard.

Dr. Kverneland: It is also called EDI.

We are also working on a national patient registry. I will not go into further details on that.

This is linked together in a parcel where we have the national health classifications systems in the middle and EDI communication, the medical records, the patient register and the quality databases all using that classification system.

We are talking about two generations of medical records. I call the first generation electronic paper where you do not structure the information. You do what you always have done. You write by hand and on the screen. You have the text of a medical record. Of course, we call it the first generation because we went further than that. It is now electronic paper. Of course, with that, you gain a multi-user environment and easy accessibility. You have some compression of the record, and you have the possibility of

élaboré une nouvelle stratégie sur les technologies de l'information à l'intention des hôpitaux danois, et nous travaillons à la préparation d'une nouvelle stratégie pour la période de 2003 à 2007. Je vais vous présenter notre stratégie pour la période de 2000 à 2002.

En 1996, il y a eu un rapport stratégique présentant le plan d'action pour la création du dossier médical électronique (DME). En 1998, nous avons fondé l'observatoire du DME qui se renseignait sur la situation dans divers hôpitaux. Ce dernier a rassemblé de l'information sur les expériences vécues dans les sites de DME au Danemark.

En 1999, la stratégie dont je viens de vous parler s'est concrétisée; il s'agissait effectivement d'une stratégie de perfectionnement des technologies de l'information dans les hôpitaux pour la période de 2000 à 2002. Voilà ce à quoi nous travaillons actuellement. La nouvelle stratégie sera mise en oeuvre dès 2003.

En ce qui concerne les principales activités du Conseil national de la santé, et notamment du service de l'Informatique médicale, nous travaillons actuellement sur le système de classement, le dossier médical, les bases de données sur la qualité clinique et les communications. Nous avons recours à EDIFACT. Nous avons un immense système de communications EDIFACT au Danemark. Ce système diffuse entre deux et trois millions de messages tous les mois.

Le président: Pourriez-vous prendre deux secondes pour nous expliquer ce qu'est EDIFACT? Je n'ai jamais entendu ce sigle.

Dr Kverneland: EDIFACT est un système de communications qui sert à transmettre les ordonnances, les notes d'aiguillage et l'information sur les admissions entre l'omnipraticien et l'hôpital, et de l'omnipraticien à la pharmacie. Tout se communique au moyen de ce système appelé EDIFACT.

Le président: Cela correspond à une norme technique.

Dr Kverneland: On l'appelle aussi EDI.

Nous travaillons également à l'élaboration d'un registre national des patients. Je ne vais pas vous donner d'autres détails à ce sujet.

Tous ces divers éléments font partie d'un réseau avec, au centre, les systèmes nationaux de classement du système de soins et le système EDI, ainsi que les dossiers médicaux, le registre des patients et les bases de données sur la qualité, et toutes ces différentes composantes se servent d'un même système de classement.

Nous parlons donc de deux générations de dossiers médicaux. La première génération correspond à une fiche électronique où l'information n'est pas structurée. Autrement dit, vous faites comme vous avez toujours fait par le passé. Vous inscrivez les informations sur l'écran. Vous avez donc un texte qui correspond au dossier médical. Pour nous il s'agit de la première génération, parce que nous avons dépassé ce stade. Pour l'instant il s'agit d'une fiche électronique. Déjà cela vous permet de créer un

much more security and access to regulation when this is done electronically.

The second generation is structuring the data. We want a common way of structuring the data and know what has to be done if it is to be used further. If you want to do it as quality monitoring or as professional management, like DRG, you can get help from professional decision support. You have more research opportunities, more possibilities for updated medical statistics and much more possibility to do communication of information, which is understandable on the receiver.

We are working with clinic processes. I apologize for the red circles. These are Danish words, but I can explain them to you. Our model for the EPR, the patient record, is an individual model used when treating patients. The first red circle is for the diagnosis; and the diagnosis is then documented in the blue field. In the next red field in the lower left, you make a plan for the patient's treatment; and in the lower blue field, you document your plan. The treatment plan is carried out and you document your results; and in the next red circle, you record your evaluation. In the middle, you document the patient's treatment goal, and you compare the result with the goal.

That is the process model for the patient record in Denmark. I hope it is not too complicated for you. I tried to make it simple. Of course, if you delve further into each part of the model, it is complicated; however, it is useful from a clinical perspective. This is used as the basis for medical records in Denmark.

What needs to be standardized in this development? We are working with commonly shared terminology and definitions. We are working with a model based on the patient's treatment.

Next is the patient record structure, the data model that I showed you earlier, and then the national health classification system. National standards are needed for using and developing the medical record system.

We then have an example of how we use and change the patient context, which is referred to as "admission in an outpatient clinic." If you link this context together in one informatic unit, you can then use it to compile statistics for DRG and for research. You link it together in an episode-of-care model.

environnement multi-utilisateurs qui est facilement accessible. Certaines données du dossier sont comprimées, et vous avez un niveau de sécurité plus élevé et un meilleur accès aux règlements lorsque tout se fait par voie électronique.

La deuxième génération de dossiers prévoit des données structurées. Nous souhaitons trouver une façon uniforme de structurer les données et nous voulons savoir ce qu'il faut faire si ces données doivent servir à autre chose. Par exemple, si vous voulez surveiller la qualité des soins ou vous en servir comme outil de gestion professionnelle, comme les DRG, vous pouvez vous faire aider au moyen de la fonction de soutien des décisions professionnelles. Vous avez plus de possibilités de recherche, plus de possibilités d'actualisation des statistiques médicales, et de bien meilleure capacité de communication de l'information, information qui sera compréhensible pour celui qui la reçoit.

Nous travaillons actuellement sur les procédés cliniques. Excusez-moi pour ces cercles rouges. Ce sont des mots danois, mais je peux vous les expliquer. Notre modèle pour le DME, le dossier médical électronique du patient, est un modèle individuel utilisé pour le traitement des malades. Le premier cercle rouge désigne le diagnostic; ensuite le diagnostic est documenté dans la zone bleue. Dans la zone rouge qui suit, dans le coin inférieur gauche, vous inscrivez le plan de traitement du malade; et dans la zone bleue inférieure, vous documentez votre plan. C'est-à-dire qu'une fois que vous avez mis à exécution votre plan de traitement, vous documentez les résultats; dans le cercle rouge qui suit, vous inscrivez votre évaluation. Et au milieu, vous inscrivez l'objectif de traitement du patient, en comparant ensuite le résultat avec l'objectif fixé au départ.

Voilà donc le modèle de processus prévu pour le dossier médical électronique au Danemark. J'espère que vous n'avez pas trouvé ça trop compliqué. J'ai essayé de vous le simplifier. Bien entendu, si vous approfondissez chaque aspect du modèle, ça devient vite compliqué; mais c'est bien utile du point de vue clinique. Voilà donc le modèle de base pour les dossiers médicaux au Danemark.

Que convient-il de normaliser dans ce contexte? Nous travaillons avec une terminologie et des définitions communes. Nous travaillons avec un modèle qui s'appuie sur le traitement du malade.

Ensuite, nous avons la structure du dossier médical du patient, soit le modèle de données que je vous ai montré tout à l'heure, et ensuite, le système national de classification du système de santé. Il faut des normes nationales pour utiliser et perfectionner le système du dossier médical.

Ensuite nous avons un exemple de la façon dont nous utilisons et modifions l'information concernant le contexte du patient, ce qu'on appelle «l'admission à un service de consultation externe». Si vous reliez toutes les informations sur le contexte au sein d'une même unité informatique, vous pouvez ensuite vous en servir pour compiler des statistiques à utiliser pour les DRG et pour la recherche. Vous reliez toutes les informations à l'aide d'un modèle d'épisodes de soins.

From the IT point of view, the National Board of Health is working with the EPR structure, with a continuity-of-care model, with technology, with the episode-based patient register as well as patient intake and security.

You asked how EPR worked in Denmark and whether there were barriers using medical records. I found a picture from 1998 and 1999, from the EPR observatory, with respect to the record project in Denmark. It shows the results. The blue one is 1998 and the red one is 1999. I think the barrier is funding. There is insufficient funding and an unsatisfactory EPR system. There is little resistance to change in this result.

Finally, IT is a means, not a goal. The means should be used for the support process and problem solving. It should present the necessary information to the correct person, allow for the possibility of real-time registration and presentation, simple documentation, and we should make use of the data for all purposes.

That is my presentation.

The Chairman: Before I turn to questions, would you expand as much as you can on the privacy issue? One resistance to an electronic patient record in Canada is concern about the privacy of information. People are concerned that their employers will be able to access the information. Will their life insurance company, for example, be able to access the information? How have you ensured the security of the system? I would also like to know the extent to which that is a public issue. If it is a public issue, how have you allayed peoples' fears about the loss of privacy on what is clearly the most private information?

Dr. Kverneland: Insurance companies do not have access to this information. Some information may be forthcoming if the insurance companies ask the general practitioner for it. They have no access to this, and they will never get it in Denmark.

When we collect information from the patient, we tell the patient that we will be using it for quality purposes and for statistics. They can say "no" if they do not want you to collect it. However, usually they consent. They trust that the information is being used for their benefit.

The Chairman: Was there no fear of "Big Brother"? I am not exaggerating to make a point. I am using the kind of language that opponents to electronic records have used. Is it just that the Danes are more trusting of their government or the government is

En ce qui concerne les technologies de l'information, le Conseil national de la santé utilise la structure du DME, un modèle de continuité des soins, différentes technologies, le registre des patients fondé sur les épisodes, l'information sur l'admission des patients, et la sécurité.

Vous vous demandiez comment fonctionne le DME au Danemark et s'il y avait des obstacles à l'utilisation des dossiers médicaux. J'ai trouvé une image qui remonte à 1998 et 1999 qui vient de l'observatoire du BME et concerne le projet de création du dossier médical électronique au Danemark. Elle vous indique les résultats. L'image bleue concerne 1998 et l'image rouge, 1999. Pour moi, le seul obstacle est celui du financement. Les crédits sont insuffisants, si bien que le système de DME n'est pas satisfaisant. Nous estimons que la résistance au changement n'est pas la cause de ce résultat.

En fin de compte, il faut se rappeler que les TI constituent un moyen et non pas une fin en soi. Ce moyen doit servir à soutenir le processus et à résoudre les problèmes. Il devrait présenter les informations requises pour la bonne personne, permettre de procéder à l'enregistrement et à la présentation en temps réel, communiquer des documents simples, et cetera, et nous devrions nous servir de ces données pour toutes les fins possibles.

Voilà qui termine mon exposé.

Le président: Avant d'ouvrir la période des questions, pourriez-vous nous éclairer le plus possible sur la question de la protection de la vie privée? L'une des raisons pour lesquelles les Canadiens opposent une certaine résistance à l'idée d'un dossier médical électronique, c'est parce qu'ils craignent des intrusions dans leur vie privée. Les gens ont peur que leur employeur puisse accéder à cette information. Est-ce que la compagnie d'assurance d'un patient, par exemple, pourra mettre la main sur l'information? Qu'avez-vous fait pour garantir la sécurité du système? J'aimerais aussi savoir dans quelle mesure cette question préoccupe le public. Si tel est le cas, qu'avez-vous fait pour apaiser leurs craintes concernant l'éventuelle perte de leur capacité de protéger des renseignements que les gens considèrent comme les plus privés qui soient?

Dr Kverneland: Les compagnies d'assurance n'ont pas accès à cette information. Elles peuvent éventuellement en obtenir si elles présentent une demande à l'omnipraticien. Mais elles n'ont pas accès à ce système, et elles n'y auront jamais accès au Danemark.

Lorsque nous collectons l'information auprès du patient, nous lui disons que nous allons nous en servir pour assurer la qualité des soins et pour des fins statistiques. Il peut dire «non» s'il n'a pas envie de nous la fournir. Mais généralement, les gens acceptent de le faire. Ils sont convaincus que l'information sera utilisée à leur avantage.

Le président: Et les gens qui s'y opposaient, n'ont-ils pas évoqué le spectre de «Big Brother»? Je vous assure que je n'essaie pas d'exagérer pour mieux faire valoir mon argument. Je répète simplement ce que disent les adversaires des dossiers

more deserving of trust, or did you do something specific to deal with the issue?

Dr. Kverneland: If some information reaches the wrong hands, the press or someone else, then a case might arise out of that. Then, I am sure, there would be some discussion. However, that has not happened. The law is very clear: You ask a patient, the patient can say no, and that is accepted.

Mr. Hjulsager: Perhaps I can add to what Dr. Kverneland has already said. It is important to realize that there is a long tradition of public registers containing individual data on the public. We originally had this discussion, and there has been intense discussion in the public concerning the "Big Brother" view. However, we have managed for many years now to create confidence in the public. I will show you later on how we have dealt with confidentiality issues in regards to health information systems.

The Chairman: Would you now care to comment specifically on how you dealt with the confidentiality question? How do you ensure that only authorized people have access to the system?

Dr. Kverneland: The counties are running the hospital system to a large degree. We told them that they have to take a hand in the security of and access to the system by using PIN codes or another system for security. We gave them rules, and some information about how they can do it. However, they have to do it themselves.

Some counties are better than others in making these systems acceptable from our point of view. We have worked on it, and we have made some very strict guidelines during the last two or three months which precisely describe how they must work. We hope it will work and that it will get better, so that the security is good enough that we do not risk having data getting into the wrong hands.

The Chairman: Are there severe penalties for someone violating your guidelines?

Dr. Kverneland: No, I think you have to rely on civil rights, and then you go to court if you are seeking to levy penalties.

Senator LeBreton: On the same issue of the security and accessibility of patient records, are those records held in a public institution? Am I correct that individual, private patients do not hold them?

électroniques. À votre avis, cette différence s'explique-t-elle par le fait que les Danois font davantage confiance à leur gouvernement, ou que leur gouvernement mérite davantage qu'on lui fasse confiance, ou avez-vous pris des mesures précises pour répondre aux préoccupations éventuelles des citoyens à cet égard?

Dr Kverneland: Si certaines informations finissent entre les mains de personnes qui ne devraient pas les avoir, la presse ou d'autres feront certainement une histoire. À mon avis, ce genre d'incident susciterait certainement un débat. Mais cela ne s'est jamais produit. La loi est très claire: on demande la permission au patient, le patient a le droit de dire non, et cette façon de faire est acceptée.

M. Hjulsager: Peut-être pourrais-je ajouter quelque chose à ce que le Dr Kverneland vous a déjà dit. Il faut se rendre compte que nous avons une longue tradition de registres publics qui contiennent des données individuelles sur les citoyens. Au tout début, il y a justement eu cette discussion-là, et un débat public intense concernant le spectre de «Big Brother». Cependant, au cours de nombreuses années, nous avons réussi à gagner la confiance du public. Je peux vous parler tout à l'heure de ce que nous avons fait pour éviter les problèmes de non-respect de la confidentialité en ce qui concerne les systèmes d'information sanitaire.

Le président: Pourriez-vous me dire exactement ce que vous avez fait pour régler ce problème de la confidentialité? Comment faites-vous pour garantir que seules les personnes autorisées ont accès au système?

Dr Kverneland: Ce sont les comtés qui administrent le système hospitalier dans une très large mesure. Nous leur avons dit qu'ils doivent faire leur part pour assurer la sécurité du système, et en contrôler l'accès, en utilisant des numéros d'identification personnels ainsi qu'un autre système de sécurité complémentaire. Nous leur avons imposé des règles, ainsi que des instructions sur la procédure à suivre. Mais ils sont obligés de faire eux-mêmes ce travail.

Certains comtés s'en sortent mieux que d'autres pour ce qui est d'avoir des systèmes que nous jugeons acceptables. Nous y avons donc apporté une attention particulière, et au cours des deux ou trois derniers mois, nous avons élaboré des directives très strictes qui décrivent avec précision l'ensemble des procédures à suivre. Nous espérons que ce sera un succès et que la situation s'améliorera en conséquence, afin que la sécurité soit suffisamment rigoureuse pour éviter le risque que les données finissent entre les mains de personnes indésirables.

Le président: Y a-t-il des sanctions graves en cas de non-respect de vos directives?

Dr Kverneland: Non, il faut à ce moment-là passer par le droit civil, et passer devant un tribunal si vous cherchez à infliger des sanctions.

Le sénateur LeBreton: Toujours sur la question de la sécurité et de l'accès aux dossiers des patients, pourriez-vous me dire si ces dossiers sont tenus par un établissement public? Ai-je raison de croire que ce ne sont pas les patients individuels qui les gardent?

Dr. Kverneland: Some hospitals get help from private companies to run their IT systems. The county has that responsibility. It is not private.

Senator LeBreton: Can the individual, private patient access at all times what is being held in the public registry on their file?

Dr. Kverneland: Not at the moment. We are working intensely on that question. Of course, the patient should know what is collected about them. If we reach the point that the patient can do that, then they will not be afraid of the system. It is an important point.

Mr. Hjulsager: I might add that a part of the patient record is submitted to the National Board of Health and is entered into the National Patient Registry. Citizens contact us on a daily basis and ask for access to information held within the National Patient Registry. They are given this information within 20 days.

Senator LeBreton: Is that the individual patient?

Mr. Hjulsager: Yes.

Senator LeBreton: You can have occasions where you want patients to participate in a research study and, of course, some may not want to do that. Do they have the right to deny their records going into research projects?

Mr. Hjulsager: It is complicated. We have general laws that describe how you must take care of individuals' information. In general, the patients cannot, and will not, be asked whether or not they want to enter a research project. That is the general issue. In some projects, where the researcher has to collect additional information further to what is within the register, he must ask the patient, and the patient has to give permission to access this information.

At the general level, we have a data inspection board that keeps records, and monitors and accepts all projects, stating all the current projects that contain the individual data. Every research project or administration has to be notified and accepted by the data board.

Senator Robertson: There is a lot of information here. As you may know, we have had considerable difficulty with our public regarding their concern for privacy.

If I were a patient in your country and my file were gathered and stored, who would have access to my file besides myself?

Mr. Hjulsager: The general answer is that everyone who is carrying out the job and needs access to the information has access.

Dr Kverneland: Certains hôpitaux se font aider par des compagnies privées pour gérer leurs systèmes de technologie de l'information. C'est la responsabilité du comté concerné de s'en charger. Ce n'est pas quelque chose de privé.

Le sénateur LeBreton: Les patients individuels peuvent-ils accéder à tout moment à l'information inscrite dans leur dossier qui est tenu au registre public?

Dr Kverneland: Pas pour le moment. Nous y travaillons beaucoup en ce moment. Bien entendu, le patient devrait savoir quelles informations ont été rassemblées sur lui. Si nous faisons progresser le système au point où les patients peuvent faire ça, ils n'en auront plus du tout peur. C'est donc une question importante.

M. Hjulsager: J'ajouterais qu'une partie du dossier du patient est soumise au Conseil national de la santé et inscrite au Registre national des patients. Les citoyens se mettent en rapport avec nous tous les jours pour demander à accéder aux informations que contient le Registre national des patients. On leur communique ces informations dans un délai de 20 jours.

Le sénateur LeBreton: Vous parlez du patient individuel?

M. Hjulsager: Oui.

Le sénateur LeBreton: Je suppose qu'il vous arrive de vouloir faire participer certains malades à un projet de recherche et que certains ne souhaitent pas le faire. Ont-ils le droit de refuser que leurs données soient utilisées dans le cadre de projets de recherche?

M. Hjulsager: C'est assez compliqué. Nous avons des lois générales qui décrivent la procédure à suivre pour protéger l'information personnelle des particuliers. De façon générale, on ne peut pas — et on ne le fait pas non plus — solliciter la participation des patients à un projet de recherche. C'est ça la question principale. Dans le cadre de certains projets, lorsqu'un chercheur a besoin de rassembler des données additionnelles qui ne se trouvent pas au registre, il est tenu de demander la permission du patient, et le patient doit donner son consentement avant qu'il puisse accéder à l'information en question.

Mais de manière générale, nous avons un conseil d'inspection des données qui est chargé de tenir les dossiers, de surveiller et d'accepter tous les projets, et d'énumérer tous les projets en cours qui reposent sur des données individuelles. Les administrateurs de chaque projet de recherche doivent être prévenus et chaque projet doit être accepté par le conseil d'inspection des données.

Le sénateur Robertson: On parle d'une quantité considérable d'information. Comme vous le savez peut-être, nous avons eu des problèmes ici au Canada en raison des craintes des citoyens concernant la protection de leurs renseignements personnels.

Si j'étais patient dans votre pays, et qu'un dossier ait été constitué pour moi et conservé quelque part, qui, à part moi-même, aurait accès à mon dossier?

M. Hjulsager: La réponse générale que je peux vous faire c'est que tous ceux qui travaillent dans ce domaine et ont besoin d'accéder à l'information y auront accès.

Senator Robertson: Everyone associated with the job. Does that mean everyone who stores and gathers information, in addition to your physicians and the hospitals or whatever, has access to your file?

Mr. Hjulsgager: If they need the access to carry out their jobs, they are given access to the information.

Senator Robertson: Could you please define what you mean by that? I can understand physicians needing the information. However, I am having trouble understanding why those who work in this division storing information and that sort of thing would require access. Why would they need the information?

Mr. Hjulsgager: One purpose would be to develop a health information system to be used in quality control or quality development of the health sector. It could be as simple as giving information to politicians in parliament.

Senator Robertson: I do not want a politician looking at my private information. Let me just digest that for a moment.

Mr. Hjulsgager: I would add that, when the information is given out further in the system, it is delivered at an aggregated level.

Senator Robertson: You are giving out blind information, are you? My name would not be attached to the information given.

Dr. Kverneland: No.

Mr. Hjulsgager: The statistics that are used in health quality and health planning, is not based on individual information. The information must be anonymous for it to go further.

Senator Robertson: That is comforting.

Do drug companies ask to raid your files, for instance? We have heard here that certain drug companies will find out from computer files in a public pharmacy, a drugstore, who is using their product and who is not using their product for a medical condition. They often get the list of the doctors who do not prescribe their products. Then the drug company can target those physicians and encourage them to use the product. Some of us find that is, perhaps, not an ethical practice. Do you encounter problems like that? We have had many examples pointed out to us of where the system goes astray. Our public is very nervous about this.

Dr. Kverneland: If that happened in Denmark, it would be breaking the law. There is a law against the use of information for such a purpose. The closest you can come to that is that they gather statistics in each county that is a part of Denmark. Denmark has 14 counties with some 300,000 to 400,000 people in each county. Some statistics are gathered about which medicines

Le sénateur Robertson: Tous ceux qui font un travail connexe. Peut-on en conclure que tous ceux qui collectent et tiennent l'information, en plus des médecins et des hôpitaux, et cetera, ont accès au dossier?

M. Hjulsgager: S'ils ont besoin d'y avoir accès pour remplir les fonctions de leur poste, on leur permet d'accéder à l'information.

Le sénateur Robertson: Pourriez-vous m'expliquer exactement ce que vous voulez dire par là? Je peux comprendre que les médecins aient besoin de cette information. Mais j'ai un peu de mal à comprendre pourquoi ceux qui travaillent dans la division chargée d'emmagasiner l'information, et cetera auraient besoin d'y avoir accès. Pourquoi auraient-ils besoin de cette information?

M. Hjulsgager: Ils pourraient en avoir besoin pour élaborer un système d'information sanitaire qui servirait à assurer le contrôle de la qualité ou à améliorer la qualité des soins dans ce secteur. Il pourrait s'agir simplement de transmettre l'information à des politiciens au Parlement.

Le sénateur Robertson: Pour ma part, je ne veux pas qu'un politicien puisse accéder à des données personnelles qui me concernent. Donnez-moi quelques secondes pour assimiler cette information-là.

M. Hjulsgager: Je devrais aussi préciser que lorsque l'information est communiquée plus loin dans le système, il s'agit uniquement de données regroupées.

Le sénateur Robertson: Donc, vous communiquez uniquement sans identification précise, n'est-ce pas? Autrement dit, mon nom ne figurerait pas sur l'information qui serait communiquée.

Dr Kverneland: Non.

M. Hjulsgager: Les statistiques utilisées pour les activités d'assurance de la qualité et de planification des soins de santé ne correspondent pas à des données individualisées. L'information doit être anonyme avant qu'elle puisse aller plus loin.

Le sénateur Robertson: Vous me rassurez.

Les compagnies pharmaceutiques demandent-elles à avoir accès à vos dossiers, par exemple? Nous avons entendu dire ici au Canada que certaines compagnies pharmaceutiques arrivent à savoir, grâce aux fichiers informatiques des pharmacies, qui se sert de leurs produits et qui ne s'en sert pas pour traiter telle affection. Elles arrivent souvent à obtenir la liste des médecins qui ne prescrivent pas leurs produits. Elles peuvent ensuite s'adresser directement à ces médecins pour les encourager à utiliser leurs produits. Certains d'entre nous estimons que cette pratique n'est pas conforme aux principes déontologiques. Rencontrez-vous de tels problèmes? On a attiré notre attention sur de nombreux exemples de ce type, où le système s'éloigne de sa mission. C'est le genre de choses qui inquiètent beaucoup nos citoyens.

Dr Kverneland: Si cela se produisait au Danemark, ce serait carrément une infraction. Nous avons une loi qui interdit l'utilisation de ces données pour de telles fins. Le seul exemple que je trouve qui se rapprocherait un peu du genre de situation que vous décrivez concerne la collecte de statistiques dans chaque comté du Danemark. Le Danemark regroupe 14 comtés ayant

are used in a particular county. Therefore, one can find out if there are 20, 40 or 50 doctors in that area. If they do not use some products, then the industry can go to those doctors and ask them why they are not using their product, and advise them that they should use it. That is a type of marketing with statistics. It is not individual patient data. That is the closest they can come. If they used personal data for such a purpose, they would be punished. That cannot be done.

Senator Robertson: Commercial interests can gather collective information on a county basis?

Dr. Kverneland: Yes, but not on that type of data. They can compile statistics about which products they sell in which area. That is the information they get, not which patient has used that product. I think it is more like a marketing analysis.

Senator Robertson: I was not talking about which patient was using a product, I was talking about the pharmacies giving information to commercial companies which would indicate what doctors are not using a particular product, and the companies putting pressure on that group. When someone asks for access to a file are they refused that access? Are my rights protected by legislation that is so strict and the penalties so severe that the abuse is limited?

Dr. Kverneland: Something like that, yes.

Senator Keon: I want to ask you some specifics about the way the system functions, how the data is entered, where it is stored, where your repositories are, who has access to the repositories along the way before it get up to the central government repository, and how you can tap a local repository to retrieve the data. Could you describe for me the situation where a patient goes into a small clinic or hospital, the medical information is entered, and where that information is lodged in transit? Is there a repository in each hospital, or does the data go directly to the central repository?

Dr. Kverneland: I would point out that most of the clinical information in Denmark is still paper-based. In clinics where paper-based records are used, some registration in the IT system is made. It is typical for the secretary of the department to register that information in the system on behalf of the medical doctor. That registered information goes to the national level each month. That is the usual way that is done.

Some medical records are kept in some of the hospitals. They collect all the data in the local system and send the same information once a month to the national level.

chacun 300 000 ou 400 000 habitants. On fait la collecte de statistiques concernant les médicaments utilisés dans tel comté. Par conséquent, il serait possible de savoir s'il y a 20, 40 ou 50 médecins en exercice dans telle région. Si ces derniers ne se servent pas de certains produits, des représentants de l'industrie pourraient s'adresser à eux pour leur demander pourquoi ils ne s'en servent pas, en leur recommandant de s'en servir. C'est une sorte de marketing basé sur les statistiques. Mais ce ne sont pas des données de patients individuels. Donc, les compagnies ne pourraient pas faire plus que ça. Si jamais elles se servaient de données personnelles à cette fin, elles seraient sanctionnées. Ce n'est pas autorisé.

Le sénateur Robertson: Mais des intérêts commerciaux peuvent rassembler de l'information collective pour chaque comté?

Dr Kverneland: Oui, mais pas ce genre de données. Elles peuvent compiler des statistiques sur les produits qui se vendent dans telle région. C'est ça le genre d'information qu'on leur fournit — pas des données sur quels patients auraient utilisé quels produits. Il s'agit plutôt d'une analyse marketing.

Le sénateur Robertson: Je ne parlais pas d'un scénario où les compagnies en question sauraient quel patient utilise quel produit; je parlais plutôt de la possibilité que les pharmacies communiquent de l'information aux entreprises commerciales qui indiquent quels médecins ne se servent pas de tel produit, si bien que les compagnies puissent ensuite faire pression sur eux pour l'utiliser. Lorsque quelqu'un demande l'accès à un dossier, est-ce qu'on le lui refuse? Mes droits sont-ils protégés en vertu d'une loi à ce point rigoureuse, avec des sanctions tellement sévères, que les possibilités d'abus sont vraiment limitées?

Dr Kverneland: Je dirais que oui.

Le sénateur Keon: J'aimerais vous poser des questions précises sur le mode de fonctionnement de votre système, la façon de saisir les données, où elles sont stockées, où se trouvent vos dépôts d'archives, qui y a accès avant que les données ne soient entreposées au dépôt central du gouvernement, et comment on peut accéder à un dépôt local pour extraire des données. Pourriez-vous me décrire le processus — par exemple, un patient se fait soigner dans une petite clinique ou à l'hôpital, les données médicales sont saisies dans le système; mais cette information où est-elle emmagasinée provisoirement? Chaque hôpital a-t-il un dépôt, ou les données sont-elles directement acheminées vers le dépôt central?

Dr Kverneland: D'abord, la grande majorité des données cliniques au Danemark existent toujours sur support papier. Dans les cliniques où les dossiers existent sur support papier, on enregistre certaines données dans le système informatique. Typiquement, le secrétaire du service entrera les données dans le système au nom du médecin. Cette information enregistrée est acheminée au niveau national chaque mois. Voilà la procédure habituelle.

Certains dossiers médicaux sont conservés par certains hôpitaux. Ils rassemblent toutes les données enregistrées au système local et les transmettent une fois par mois au dépôt national.

Different IT companies are involved. In some counties, the IT company runs the IT system. Of course, technicians working with that IT system could take data out of the system, but that would be against the law. Of course, there are criminals everywhere, so there is a risk. I have not heard about problems with this.

Senator Keon: Fundamentally, you are saying that at the institutional level, you have trained abstractors who take the relevant data off the chart and send it up the line into the central repository. Do you have any institutions with what we would call in North America TMR, total medical records, that contain detailed information? What are the rules about that information being released to researchers and so forth?

Dr. Kverneland: No, we do not have that at all.

Senator Morin: The privacy issue is very important to Canadians. Polls in various provinces have shown that up to 25 per cent of the population would not want to have their records transferred to an electronic form. People have much more concern about an electronic health record than they would have with a paper record. People have no objection to a paper record going all over the place in the hospital, with many people handling it, but they have a strong objection to the electronic health record, which is probably due to their fears about possible hacking, slip-ups or accidents occurring. I would say that this is a major impediment to the establishment of electronic health records in this country.

We also have privacy commissioners in this country, which you probably do not have in Denmark, who also, with reason of course, ensure that privacy is well preserved. It is a major issue here.

You already have an information system, although it is not a complete electronic health record. What clinical information would be transferred from a hospital to the central department? Would it be only the diagnosis or more than that?

I also see that there is a transfer of prescriptions. Does that mean that the individual general practitioner will transfer prescriptions to the pharmacies, or is that purely for administrative purposes — for example, for payment of the pharmacy and so forth?

I see that there has been recent funding for information technology. Can you give me an idea of how expensive that has been? I know you are planning your information system. You are far more advanced than many other countries in the planning of your system. How expensive is your system?

Dr. Kverneland: First, I will talk about the information transferred from the clinic to the national level. The prescriptions go to the pharmacy only, not to the national level.

Différentes compagnies se spécialisant dans les technologies de l'information participent au processus. Dans certains comtés, c'est l'entreprise qui gère le système informatique. Bien entendu, les techniciens qui entretiennent le système pourraient en extraire des données, mais c'est contre la loi. Évidemment, comme il y a des criminels un peu partout, ce risque existe. Mais je n'ai pas entendu parler de problèmes de cet ordre.

Le sénateur Keon: Donc, au niveau des établissements, vous avez des spécialistes de l'abstraction des données qui extraient les données pertinentes et les transmettent au dépôt central. Avez-vous des établissements qui tiennent ce que nous appelons en Amérique du Nord des dossiers médicaux complets, c'est-à-dire des dossiers qui contiennent des informations très détaillées? Quels règlements s'appliquent à l'information communiquée aux chercheurs, et cetera?

Dr Kverneland: Non, nous n'avons pas du tout ça.

Le sénateur Morin: La question de la protection des renseignements personnels revêt beaucoup d'importance pour les Canadiens. D'après les sondages menés dans diverses provinces, jusqu'à 25 p. 100 des citoyens ne voudraient pas que leurs dossiers soient communiqués par voie électronique. Les gens s'inquiètent beaucoup plus des risques associés à un dossier médical électronique qu'à un dossier qui n'existe que sur support papier. Les patients ne s'opposent pas à l'idée que leur dossier médical, sur support papier, fasse le tour de l'hôpital, passe entre les mains de beaucoup de gens différents, mais ils s'opposent vivement à l'idée d'un dossier médical électronique, sans doute parce qu'ils craignent le piratage informatique, des bavures ou des accidents. Je dirais que cette attitude représente un gros obstacle à la création de dossiers médicaux électroniques au Canada.

Nous avons également des commissaires à la protection de la vie privée au Canada, quelque chose qui n'existe sans doute pas au Danemark, qui sont chargés à juste titre de s'assurer qu'on protège les renseignements personnels. Pour la population canadienne, c'est très, très important.

Vous avez déjà un système d'information, même si vous dossiers électroniques ne sont pas des dossiers médicaux complets. Dans ce cas, quelles données cliniques seraient communiquées par l'hôpital au dépôt central? Serait-ce uniquement les diagnostics ou plus que ça?

Je vois également qu'on communique les ordonnances de cette façon. Est-ce que cela veut dire que l'omnipraticien individuel communique les ordonnances aux pharmacies de cette façon, ou ce système existe-t-il uniquement pour des fins administratives — par exemple, pour payer les pharmacies, et cetera?

Je constate aussi que des crédits ont récemment été accordés pour les technologies de l'information. Pourriez-vous me dire combien cela vous a coûté? Je sais que vous êtes en train de planifier votre système d'information. Vous êtes déjà beaucoup plus avancés que bon nombre d'autres pays en ce qui concerne cette planification. Combien vous a coûté votre système?

Dr Kverneland: D'abord, j'aimerais répondre concernant les données acheminées par les cliniques au dépôt national. Les ordonnances sont transmises aux pharmacies uniquement; nous

Typically, we collect information on the diagnosis of a patient and the surgical procedures performed on the patient, as well as some other administrative information.

Mr. Hjulsgager: We have the basic information concerning the patient — personal security number, address, et cetera.

I can tell from your questions that you have a lot of concern about the privacy issue. I would like to underline that this is very important, and suggest that you take this issue very seriously.

In Denmark there is a long tradition, going back to the mid-1970s, when every person was given a personal security number. To some degree, the Danish population has learned to live with being monitored on an individual basis. This also occurs in the health area.

Our laws are set up to handle the rather specific and detailed information on the patients. We have some general bodies within the state that monitor every registry that contains information at the personal level, whether it is in the area of health or any other area. This is a duty that lies both in the private area, but also for those in the public area. We must report to this body any registries that we are maintaining.

As to the costing question, it is difficult for me to give you good information on that on the spot. I could provide that information by letter, if that would be agreeable.

Senator Morin: Yes. Thank you.

Dr. Kverneland: You asked about the economy of the development of IT in the hospitals. The County of Copenhagen, which is about 600,000 people, is working on a strategy which they will implement over the next four or five years. They have planned to use 1.2 billion kroner for the EPR and for whatever is needed for a working clinical IT system. That will be approximately 200 million kroner per year for that 600,000-person area.

The Chairman: That is approximately \$100 million Canadian a year, to put it in perspective.

Senator Pépin: One of you said that the insurance companies have no access to the data. Please explain something to me. If a patient has surgery as part of the treatment for breast cancer, and the bill is sent to the insurance company, how is it possible that the insurance company does not know what condition the patient has? How does the billing work between the insurance company and the hospital or doctor?

ne conservons pas cette information au niveau national. Normalement nous collectons de l'information sur le diagnostic du patient, les interventions chirurgicales qu'il a subies, ainsi que d'autres données administratives.

M. Hjulsgager: Nous conservons l'information de base concernant le patient — son numéro de sécurité personnel, son adresse, et cetera.

D'après vos questions, je vois que la question de la protection des renseignements personnels vous préoccupe beaucoup. J'insiste sur le fait que c'est une question très importante, et je vous conseille de la prendre très au sérieux.

Au Danemark, nous avons une tradition de longue date, qui remonte au milieu des années 70; c'est alors que chaque citoyen s'est vu assigner un numéro de sécurité personnel. Jusqu'à un certain point, les Danois ont fini par accepter d'être suivi sur une base individuelle. Il en va de même pour les soins de santé.

Nos lois sont structurées pour permettre le traitement de données spécifiques et détaillées sur les malades. Nous avons un certain nombre d'organes au Danemark qui sont chargés de surveiller tous les registres qui contiennent des données personnelles, qu'elles touchent les soins de santé ou autre chose. C'est une obligation pour les organismes des secteurs tant privé que public. Nous sommes tenus de signaler à cet organe tous les registres que nous tenons.

Pour ce qui est du coût du système, il est difficile pour moi aujourd'hui de vous donner une réponse exacte. Je pourrais vous transmettre cette information par écrit si toutefois cela vous intéresse.

Le sénateur Morin: Oui, avec plaisir. Merci.

Dr Kverneland: Vous m'avez posé une question concernant le coût du perfectionnement des systèmes informatiques des hôpitaux. Le comté de Copenhague, qui compte environ 600 000 habitants, élabore actuellement une stratégie qui sera mise en oeuvre progressivement au cours des quatre ou cinq prochaines années. Ce comté a l'intention d'investir 1,2 milliard de couronnes dans un système de DME et de dépenser ce qu'il faudra pour mettre en place un système informatique perfectionné au niveau clinique. Cela représente donc un investissement d'environ 200 millions de couronnes par année pour une région qui compte seulement 600 000 habitants.

Le président: À titre de comparaison, je précise que cela correspond à environ 100 millions de dollars canadiens par année.

Le sénateur Pépin: L'un d'entre vous a dit que les compagnies d'assurance n'ont pas accès aux données. Veuillez donc m'expliquer quelque chose. Si une personne se fait opérer pour un cancer du sein, et que la facture est envoyée à la compagnie d'assurance, comment est-ce possible que cette dernière ne soit pas au courant de son état de santé? Comment fonctionne la facturation entre l'hôpital ou le médecin et la compagnie d'assurance?

Dr. Kverneland: In Denmark, all treatment is free. You do not pay for treatment. You pay your taxes, and you get all the treatment free at the hospital. There will be no bill.

Senator Pépin: No one needs private insurance then?

Dr. Kverneland: No.

Mr. Hjulsager: However, you can see that there is a lot of growth in the area of private insurance. The number of people who are insured is increasing rapidly. There has been a lot of growth in that area.

In cases where the insurance company does need information in order to pay a bill, the bill must be it must be for a private hospital where a patient has received treatment. The bill is then paid by the insurance company.

There has to be supplementary flow of information in order to have an insurance company make a payment. This is not based directly on the medical record. Additional information has to be given to the insurance company.

Dr. Kverneland: As it works in Denmark, the county that is running the public hospitals goes to the private hospitals and says, "We cannot treat all our patients. Can we have some patients treated at your private hospital?" They define what treatment the patient needs.

It is customary in the case of a standard procedure such as a hip replacement or heart surgery that that is paid at a fixed price. They have no direct access to setting the medical fee. It is a pegged payment.

Senator Pépin: Perhaps you will be facing that situation after July 1, 2002.

To go back to the information on a patient file, let us assume that a patient comes to the hospital or to the clinic for a blood test. You told us that everything is written on the file. When the patient is in the hospital, one only needs to push a button to find out the disease of the patient. It must show on the file. If a patient comes to the hospital for a blood test, the same hospital where he or she had surgery, the patient gives his or her medicare card, and after that the hospital card number. They must have access or do they not have access? What is your system?

Dr. Kverneland: They do not have access, of course. When you are required to have a blood test, the medical doctor fills out a requisition for the test and the result goes to the medical doctor. The laboratory does not see anything other than the requisition with an X in the system, which is on the requisition form.

Dr Kverneland: Au Danemark, tous les soins de santé sont gratuits. Les gens ne paient pas les traitements qu'ils reçoivent. Ils paient des impôts et ils peuvent recevoir tous les soins de santé qu'il leur faut à l'hôpital. Il n'y a pas de facturation.

Le sénateur Pépin: Donc les gens n'ont pas besoin d'assurance privée?

Dr Kverneland: Non.

M. Hjulsager: Par contre, nous témoignons d'une expansion importante en ce qui concerne les assurances privées. Le nombre d'assurés augmente rapidement. C'est un secteur qui connaît une forte expansion.

Dans des cas où la compagnie d'assurance a besoin d'information pour pouvoir régler une facture, cette dernière doit concerner les soins reçus par un malade dans un hôpital privé. À ce moment-là, c'est la compagnie d'assurance qui paie.

Des informations supplémentaires doivent nécessairement être transmises à la compagnie d'assurance avant qu'elle puisse effectuer le paiement. Il ne s'agit pas d'informations tirées directement du dossier médical. Mais il reste que des informations additionnelles doivent être communiquées à la compagnie d'assurance.

Dr Kverneland: Pour vous expliquer le processus au Danemark, c'est le comté chargé d'administrer les hôpitaux publics qui s'adresse aux hôpitaux privés en leur disant: «Nous sommes dans l'impossibilité de traiter tous nos patients. Acceptez-vous d'en traiter dans vos établissements privés?» Ce sont eux qui déterminent les traitements que requiert le malade.

Normalement, lorsqu'il s'agit d'un acte médical standard, tel qu'une intervention de remplacement de prothèse de hanche ou la cardiochirurgie, le prix est fixe. Ils n'ont pas la possibilité d'établir les honoraires médicaux. C'est un paiement fixe.

Le sénateur Pépin: La situation va peut-être changer après le 1^{er} juillet 2002.

Pour revenir sur la question de l'information que contient le dossier médical d'un patient, supposons qu'un malade arrive à l'hôpital ou à une clinique pour faire faire des analyses sanguines. Vous nous avez dit que tout est inscrit sur le dossier. Quand le malade se trouve à l'hôpital, il suffit d'appuyer sur un bouton pour connaître la nature de sa maladie. Cette information doit figurer sur son dossier. Supposons que le patient se présente à l'hôpital pour faire faire des analyses sanguines — le même hôpital où il s'est fait opérer — il donne sa carte d'assurance-maladie, et ensuite son numéro de carte d'hôpital. Ils ont accès à son information personnelle à ce moment-là, n'est-ce pas? Comment fonctionne votre système?

Dr Kverneland: Non, ils n'y ont pas accès, évidemment. Quand vous avez besoin de faire faire des analyses sanguines, c'est le médecin qui remplit une demande et les résultats sont communiqués au médecin. Le laboratoire ne peut accéder dans le système qu'au formulaire de demande, qui va être marqué d'un X.

If a patient is taking lithium, which is a medical treatment for depression, and it is monitored in a laboratory, of course the laboratory would know that the patient is being treated.

Senator Pépin: If I go to the same hospital where I had surgery and I need, let us say, a blood count, even if the hospital has my card number, they would not find my diagnosis on my file.

Dr. Kverneland: The reason for the test must be defined. If a medical doctor request a blood analysis, then there must be some clinical information accompanying that request. The doctor asking for the examination would tell the patient that the physician who will deal with the blood analysis will require some clinical information in order to do his job properly. However, that would be specific.

Senator Pépin: We have a lot to learn about that.

Senator Cordy: The information you are giving is most helpful.

I would like to get back to the issue of funding which Senator Morin raised. As you explained to us, to set up such a system is very expensive. It is also very expensive to maintain it. One must have long-term funding, which you told us your government is willing to provide.

The systems in all of your counties must be compatible. Who paid to set up and maintain the systems? Did that money come from the federal government or was it co-shared with the counties? How were the funding arrangements set up?

Dr. Kverneland: There are two questions. The first one involves the standards that are developed in collaboration in Europe and also in the ISO — International Standardization Organization. Then there is a national standardization paid for by the national government. We in the National Board of Health are working on that.

However, the implementation of the standards is work done by the IT specifically in the counties. It is a very good question because we are currently discussing how far the government shall follow the standards in the systems. We have not really finished discussing that. Some say we must follow the standard much more out in the field because, if they implement it in the way they want to implement it, then we cannot communicate. It is a good question. I cannot answer precisely but we are working on going further out in the field with the implementation.

Senator Cordy: My next question was regarding implementation in doctors' offices and in hospitals. How much influence would you have in terms of their implementation of the patient health record systems in private hospitals?

Par contre, si un malade prend du lithium, qui est utilisé pour traiter la dépression, et que le niveau est surveillé par le laboratoire, ce dernier va forcément savoir que le patient reçoit ce traitement.

Le sénateur Pépin: Mais si je me présente au même hôpital où je me suis fait opérer — disons pour faire faire une numération globulaire — même si l'hôpital a mon numéro de carte, il ne serait pas en mesure de trouver mon diagnostic dans mon dossier médical?

Dr Kverneland: Le motif de l'analyse doit être défini. Si un médecin demande des analyses sanguines, certaines données cliniques doivent nécessairement accompagner la demande. Le médecin qui demande les analyses expliquerait au malade que le médecin qui sera chargé de faire les analyses a besoin de données cliniques pour bien faire son travail. Mais il s'agirait d'information bien spécifique.

Le sénateur Pépin: Nous avons beaucoup à apprendre à ce sujet.

Le sénateur Cordy: L'information que vous nous communiquez aujourd'hui est fort utile.

J'aimerais revenir sur la question du financement soulevée par le sénateur Morin. Vous nous expliquiez que cela coûte très cher de mettre en place un tel système. Entretenir un tel système est également très coûteux. Il faut donc disposer de financement à long terme, ce que votre gouvernement est disposé à vous assurer, d'après ce que vous nous disiez.

Les systèmes utilisés dans tous les comtés différents doivent être compatibles. Qui a supporté les coûts de mise en place et d'entretien des systèmes? Le gouvernement fédéral a-t-il financé l'ensemble des activités ou les dépenses ont-elles été partagées avec les comtés? Quelle formule de financement a été retenue?

Dr Kverneland: Vous m'avez posé deux questions. La première concerne les normes élaborées en collaboration avec l'Europe et l'ISO, soit l'Organisation internationale de normalisation. Ensuite, il y a l'activité de normalisation nationale, qui est payée par le gouvernement national. Au Conseil national de la santé, nous y travaillons à l'heure actuelle.

Cependant, l'application des normes relève spécifiquement des responsables des TI dans les différents comtés. Votre question est tout à fait pertinente, parce que nous discutons actuellement du degré d'application des normes élaborées pour les systèmes que le gouvernement jugerait approprié. Cette discussion est toujours en cours. Certains prétendent que nous devons suivre de beaucoup plus près l'application des normes en région parce que si les comtés décident de configurer leurs systèmes comme bon leur semble, nous ne pourrions plus communiquer entre nous. Donc, votre question est tout à fait pertinente. Je ne peux pas vraiment vous donner de réponse précise, mais sachez que nous envisageons d'imposer une application plus rigoureuse des normes en région.

Le sénateur Cordy: Ma prochaine question concerne l'application du système dans les cabinets de médecins et dans les hôpitaux. Dans quelle mesure pouvez-vous influencer l'application des systèmes de dossiers médicaux électroniques dans les hôpitaux privés?

Mr. Hjulsgager: I can give you some insight into the National Patient Registry. Both private and public hospitals send patient information to the National Board of Health for the National Patient Registry and information on the activity in a hospital. At the moment, we have not been very successful in receiving information from the private hospitals. I would expect that we have asked a handful — maybe five hospitals — for information, and one or two are now giving the information to us.

Dr. Kverneland: You should know that less than 1 per cent of the hospital beds in Denmark are in the private sector. We have very few private hospitals. I think there are only two or three. There are also a handful of private clinics.

Senator Cordy: I wonder whether or not in the long term you would have a patient card that the patient could carry around with them to have access to their records, not only within Denmark but, if they were to travel to Canada, for example, and needed medical attention, they would be able to access their health information.

Dr. Kverneland: I have heard about it and we have discussed it, but I do not think we have made decisions on that. If we issued a chip or a card containing the medical record, when the patient goes to the hospital she or he may have forgotten that card or it may have been lost or destroyed. We do not trust that way of transferring information. We have to have it within the hospital and within the county.

Senator Robertson: I have several questions on how you use the system from the practical point of view of the patient, the doctor's office, or the pharmacy on a daily basis. One of the concerns that we have in Canada is that some patients go shopping for family practitioners. They collect prescriptions from them and then they go to different pharmacies to fill their prescriptions.

Let me put myself in the position of the patient. If I go to my family practitioner, then does he or she have access to my total medical file? If I go into the pharmacy to have a prescription filled, does that pharmacist have access to all of the medications I have collected in whatever period of time or framework you are using? Do dental surgeons have access to a patient's total file?

Dr. Kverneland: You are asking many questions. The pharmacy only knows about medicines that are paid for by the government. If the government should pay for some part of the medication, then that information is in a central registry.

With certain narcotics, physicians must send a copy of the prescription to the national government. That information will be gathered so that, if a person gets many prescriptions from different doctors or a doctor prescribes too many narcotics, some pain relief medications or morphine, then the authorities will

M. Hjulsgager: Peut-être pourrais-je vous expliquer notre Registre national des patients. Tous les hôpitaux, tant privés que publics, transmettent l'information sur les patients au Conseil national de la santé pour inscription au Registre national des patients, de même que des informations sur les activités dans les hôpitaux. Jusqu'à présent, nous n'avons pas vraiment réussi à obtenir des informations des hôpitaux privés. Je pense que nous avons dû transmettre une demande officielle d'information à quelques hôpitaux — peut-être cinq en tout — mais que seulement un ou deux nous communiquent de l'information.

Dr Kverneland: Il convient de vous signaler que moins de 1 p. 100 des lits d'hôpitaux au Danemark se trouvent dans des établissements privés. Nous avons très peu d'hôpitaux privés. À mon avis, il y en a seulement deux ou trois. Il existe aussi un petit nombre de cliniques privées.

Le sénateur Cordy: Je me demande si vous envisagez à long terme de créer une carte de patient que les gens auraient avec eux tout le temps pour leur permettre d'accéder à leurs dossiers, pas seulement au Danemark, mais s'ils venaient au Canada, par exemple, et avaient besoin de soins médicaux, on pourrait accéder à leur information sanitaire.

Dr Kverneland: Il en a été question, et nous en avons discuté, mais que je sache, aucune décision n'a encore été prise à ce sujet. Si nous donnions une carte à puce contenant l'information du dossier médical à chaque personne, il est possible que les gens oublient de se munir de cette carte avant d'aller à l'hôpital, ou encore que les cartes se perdent ou soient détruites. Pour nous ce n'est pas une façon sûre d'assurer la communication de cette information. Il faut que l'hôpital et le comté possède cette information.

Le sénateur Robertson: J'ai quelques questions à poser concernant l'utilisation du système du point de vue du patient, du cabinet du médecin, ou de la pharmacie. L'une de nos inquiétudes au Canada concerne le fait que certains patients se font une collection d'omnipraticiens. Ils obtiennent des ordonnances de chaque médecin et ils se présentent ensuite à différentes pharmacies pour faire exécuter ces ordonnances.

Je me mets donc à la place du patient. Si je vais voir mon médecin de famille, ce dernier a-t-il accès à mon dossier médical complet? Et si je me présente à une pharmacie pour faire exécuter une ordonnance, le pharmacien a-t-il accès à la liste de tous les médicaments qu'on m'a prescrits, quelles que soient les périodes? Les chirurgiens-dentistes ont-ils accès au dossier complet du patient?

Dr Kverneland: Vous me posez beaucoup de questions. La pharmacie n'est au courant que des médicaments payés par le gouvernement. Si le gouvernement doit payer une partie des médicaments, cette information se trouve au registre central.

Lorsqu'il est question de certains stupéfiants, les médecins doivent transmettre une copie de l'ordonnance au gouvernement national. Nous conservons cette information pour être en mesure de réagir si une personne obtient de nombreuses ordonnances de médecins différents, ou si un docteur lui prescrit trop de

;contact the doctor and advise him not to prescribe such medication.

If a patient goes to different doctors and gets different prescriptions, there is no system for collecting that information. However, most medical doctors will not prescribe narcotics to a patient with whom they are not familiar. There is no system for collecting information other than the information related to prescriptions for heavy drugs.

The Chairman: What is your estimated length of time for full national implementation? You said that Copenhagen was planning on 300 million kroners a year for a period of four or five years.

Mr. Kverneland: I could say, with some polemic, "When will you be finished with this job?" However, we are very close to achieving our mission of having the medical records for a patient's episode of care electronically connected, with the possibility of communicating between different departments in six or seven years time, if the counties want to pay for it, because I do not know that they all have committed to that sort of long-term budgeting. I do not think they have done that, but if they do, we will be there in six or seven years.

The Chairman: The issue is the same issue we have here, which is: Who will pay for it? To that extent, if the national government believes it is useful, it is more inclined to make a significant contribution.

Mr. Kverneland: I hope so.

The Chairman: In your response to the question from Senator Keon, I got the impression that the data is input into the system by experts who are trained to read a doctor's paper record and abstract it into your system. Is that how it is done? If one goes to an individual family practitioner, does that individual family practitioner input the data or does someone in her office do it? I think this is a huge human resource education and training problem.

Mr. Kverneland: In Denmark, in general, most of the practising GPs have an electronic patient record. They enter the data themselves.

The Chairman: How difficult was it to educate the family practitioners to do that?

Mr. Kverneland: It is a process that they themselves have adopted. It was cheap and smart.

The Chairman: They did it as good business practice for themselves as opposed to you having to impose it.

Mr. Kverneland: Yes.

stupéfiants, d'analgésiques ou de morphine; à ce moment-là, les autorités peuvent contacter le médecin pour lui conseiller de ne plus prescrire de tels médicaments.

Mais si un malade consulte différents médecins et obtient des ordonnances différentes, il n'y a aucun système qui nous permet de collecter cette information. Cependant, la plupart des médecins ne voudront pas prescrire des stupéfiants à un patient qu'ils ne connaissent pas bien. Mais il n'existe aucun système qui nous permettrait de collecter des informations autres que celles relatives aux ordonnances pour des médicaments très puissants.

Le président: À votre avis, combien de temps faudra-t-il pour instaurer tout le système à l'échelle nationale? Vous avez dit que Copenhague envisage d'investir 300 millions de couronnes par année pendant quatre ou cinq ans.

Dr Kverneland: Je pourrais dire, pour susciter la polémique: «Quand aurez-vous fini de faire ce travail?» Mais le fait est que nous ne sommes pas loin d'atteindre l'objectif de la communication électronique des dossiers médicaux d'un malade relatif à ses épisodes de soins, et il est possible que les différents services puissent communiquer entre eux d'ici six ou sept ans, si les comtés sont prêts à payer, car je ne suis pas sûr qu'ils se soient tous engagés à faire ce genre de budgétisation à long terme. À mon avis, ils ne l'ont pas fait, mais s'ils le font, voilà où nous en serons dans six ou sept ans.

Le président: La question fondamentale est la même pour vous que pour nous, c'est-à-dire: qui le paiera? À cet égard, si le gouvernement national estime que ce serait utile, il sera plus disposé à y apporter une contribution financière importante.

Dr Kverneland: Je l'espère.

Le président: Dans votre réponse à la question du sénateur Keon, j'avais l'impression que les données sont saisies dans le système par des experts qualifiés qui savent lire l'information inscrite sur le dossier du médecin, qui est sur support papier, et peuvent ensuite procéder à l'abstraction des données à acheminer vers votre système. Est-ce bien ainsi que ça marche? Si un patient consulte son médecin de famille, est-ce que ce dernier ou quelqu'un qui travaille à son bureau saisit lui-même les données? Pour moi, cela risque de poser un grave problème de formation des ressources humaines.

Dr Kverneland: Au Danemark, la plupart des omnipraticiens en exercice travaillent avec des dossiers médicaux électroniques. Ils saisissent eux-mêmes les données.

Le président: Est-ce qu'il a été difficile d'apprendre aux médecins de famille à faire ça?

Dr Kverneland: Eux-mêmes ont décidé d'adopter ce système. Ça ne coûte pas cher, et c'était la chose la plus intelligente à faire.

Le président: Donc, les médecins eux-mêmes ont décidé que ce serait une bonne pratique à adopter; vous n'avez pas été obligés de le leur imposer.

Dr Kverneland: C'est exact.

The Chairman: The National Board of Health does the quality evaluation of various institutions, hospitals and so on.

Does that mean that the information in the electronic record is being used for outcomes research, that is to say analysing the quality of service? I presume it is an integral part of the data that anyone doing proper outcomes research would require. Is that correct?

Mr. Hjulsager: That is correct. It is an integrated process of quality development and control. Some of it takes place within the National Board of Health, or with the National Board of Health as the central figure. There is much activity in the local clinical units. A specified part of the patient record is recorded monthly to the National Board of Health.

We keep a total register concerning both in-patient and out-patient activity in somatic and psychiatric departments in the hospitals. This is kept as a national register. This register is used in many ways in quality control and development, both within the National Board of Health and in many research projects. We process and submit data to those projects, and the outcomes of the projects are used in quality control and planning.

In general, we try to stimulate a high degree of self-control in the clinical departments.

The Chairman: How critical is the electronic patient record to being able to do effective or competent outcomes research?

Mr. Kverneland: It is not critical at the moment, but we are thinking of the medical record as the most important part of the quality improvement process.

The Chairman: It is not now, as the system is not yet operating, but do you see it as we do, that is, down the road, quality improvement, monitoring of outcomes and outcomes research will all require the electronic patient records as the cornerstone of input?

Mr. Kverneland: I agree with the structuring of information because, if you structure your information in a way that you can make those analyses, you have to structure it in the same way to make other analyses.

The Chairman: May I thank both of you for coming and being with us this morning. We are delighted that the technology is working so well.

We would ask that you e-mail to us the power-point presentation you did because then we could distribute it to members of the committee.

Le président: Le Conseil national de la santé est chargé d'évaluer la qualité des soins assurés dans les divers établissements, hôpitaux, et cetera.

Cela veut-il dire que l'information que contient le dossier électronique sert pour la recherche sur les résultats, c'est-à-dire pour analyser la qualité des soins et services? Je suppose qu'il s'agit de données essentielles pour quiconque veut faire de bonnes recherches sur les résultats. C'est bien ça?

M. Hjulsager: Vous avez raison. Nous avons un processus intégré d'amélioration et de contrôle de la qualité. Certaines activités se déroulent au sein même du Conseil national de la santé, ou sont dirigées par le Conseil. Il y a énormément d'activité dans les unités cliniques locales. Une section spécifique du dossier médical du patient est transmise au Conseil national de la santé sur une base mensuelle.

Nous tenons un registre complet des activités des services somatiques et psychiatriques des hôpitaux pour ce qui est des soins à la fois aux malades hospitalisés et en clinique externe. Il s'agit d'un registre national. Ce registre est utilisé de nombreuses façons différentes pour assurer le contrôle et l'amélioration de la qualité des soins, non seulement au sein du Conseil national de la santé, mais dans le cadre de nombre de projets de recherche. Nous traitons les données et les soumettons aux responsables des projets et les résultats de ces projets servent à assurer le contrôle et la planification de la qualité.

En général, nous essayons d'encourager un degré élevé d'autocontrôle dans les services cliniques.

Le président: Dans quelle mesure le dossier médical électronique est-il indispensable pour mener de bonnes recherches sur les résultats?

Dr Kverneland: Pour le moment, il n'est pas essentiel, mais nous estimons que le dossier médical du patient représente l'élément le plus important du processus d'amélioration de la qualité.

Le président: Ce n'est pas essentiel pour le moment, comme le système n'est pas encore en place, mais est-ce que vous êtes du même avis que nous, c'est-à-dire qu'à l'avenir, les dossiers médicaux électroniques des malades constitueront la pierre angulaire des efforts d'amélioration de la qualité et de suivi des résultats, et des recherches menées sur les résultats?

Dr Kverneland: Je suis d'accord pour qu'on procède à la structuration de l'information car, si l'information est structurée de telle façon qu'on puisse effectuer de telles analyses, on doit aussi la structurer pour pouvoir effectuer d'autres analyses.

Le président: Permettez-moi de vous remercier tous les deux pour votre présence ce matin parmi nous. Nous sommes ravis d'apprendre que votre technologie donne de si bons résultats.

Nous vous demandons de bien vouloir nous transmettre par courrier électronique les acétates en PowerPoint que vous avez présentés ce matin, pour qu'on les distribue à tous les membres du comité.

I would also like to thank Brian Herman who is from the Canadian embassy in Denmark, and also ambassador Neilsen who is the Danish ambassador to Canada. Thank you. You have been very helpful.

The committee adjourned.

Je voudrais également remercier Brian Herman, de l'ambassade du Canada au Danemark, ainsi que l'ambassadeur Neilsen, qui est l'ambassadeur du Danemark au Canada. Merci infiniment, vous avez apporté une contribution très importante à notre étude.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Communication Canada – Publishing
Ottawa, Ontario K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Communication Canada – Édition
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

WITNESSES:

Monday, June 17, 2002 (9:00 a.m.)

(By videoconference)

From the Government of Denmark:

Mr. John Erik Petersen, Head of Department, Ministry of Health
and the Interior;

Dr. Steen Friberg Nielsen, CEO, Top Management Academy;

Mr. Morten Hjulsgaard, Head of Department, National Informatics,
National Board of Health;

Dr. Arne Kverneland, Head of Division of Medical Informatics,
National Board of Health.

As an individual:

Mr. Brian Herman, Counsellor, Political and Cultural Affairs,
Canadian Embassy in Denmark.

TÉMOINS:

Lundi 17 juin 2002 (9 h 00)

(Par vidéoconférence):

Gouvernement du Danemark:

John Erik Petersen, chef, ministère de la Santé et de l'Intérieur;

Dr. Steen Friberg Nielsen, président-directeur général, Top
Management Academy;

Morten Hjulsgaard, chef de ministère, Conseil national de la santé;

Dr. Arne Kverneland, chef, Division de l'informatique médicale,
Conseil national de la santé.

À titre personnel:

M. Brian Herman, conseiller, Affaires politiques et culturelles,
ambassade du Canada au Danemark.



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:

The Honourable MICHAEL KIRBY

Monday, June 17, 2002

Issue No. 65

Sixty-second meeting on:

The state of the health care system in Canada

WITNESSES:
(See back cover)

Première session de la
trente-septième législature, 2001-2002

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:

L'honorable MICHAEL KIRBY

Le lundi 17 juin 2002

Fascicule n° 65

Soixante-deuxième réunion concernant:

L'état du système de soins de santé au Canada

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Keon
* Carstairs, P.C. (or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton (or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Keon
* Carstairs, c.p. (ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton (ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Monday, June 17, 2002
(76)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in room 705, Victoria Building, at 12:27 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin and Robertson (9).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see proceedings of the committee, Issue No. 2.*)

WITNESSES:

From the Government of New Brunswick, Department of Health and Wellness:

Cheryl Hansen, Director, Extra-Mural Program.

From the University of Toronto, Home and Community Care Evaluation and Research Centre:

Peter Coyte, Co-Director.

From Hollander Analytical Services:

Marcus Hollander, President.

From the Canadian Council of Chief Executives:

David Stewart-Patterson, Senior Vice-President, Policy.

The Chair made a statement.

Ms Hansen made a statement. Professor Coyte made a statement. Mr. Hollander made a statement. The witnesses answered questions.

It was agreed — That the committee engage the services of Professor Brian Ferguson for a research contract.

The Chairman made a statement. Mr. Stewart-Patterson made a statement and answered questions.

At 2:58 p.m., Senator LeBreton took the Chair.

At 3:43 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le lundi 17 juin 2002
(76)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 12 h 27, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin, et Robertson (9).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit l'étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada (*voir le texte complet de l'ordre de renvoi dans le fascicule n° 2 des délibérations du comité*).

TÉMOINS:

Du ministère de la Santé et du Mieux-être du gouvernement du Nouveau-Brunswick:

Cheryl Hansen, directrice du Programme extra-mural

Du Home and Community Care Evaluation and Research Centre de l'Université de Toronto:

Peter Coyte, codirecteur

Des Hollander Analytical Services:

Marcus Hollander, président.

Du Conseil canadien des chefs d'entreprise:

David Stewart-Patterson, vice-président principal, Politiques.

Le président fait une déclaration.

Mme Hansen fait une déclaration. M. Coyte fait une déclaration. M. Hollander fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

Il est convenu — Que le comité retienne les services de Brian Ferguson pour réaliser un contrat de recherche.

Le président fait une déclaration. M. Stewart-Patterson fait une déclaration et répond aux questions.

À 14 h 58, la sénateur LeBreton prend place au fauteuil.

À 15 h 43, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, June 17, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 12:27 p.m. to examine the state of the health care system in Canada

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: We have two sets of witnesses this afternoon. We will ask our first panel to make opening comments, and then we will ask questions to the panel as a whole. Please proceed.

Ms Cheryl Hansen, Director, Extra-Mural Program, Department of Health and Wellness, Government of New Brunswick: Honourable senators, I am pleased to be here representing the New Brunswick Extra-Mural Program.

In 1979, an interdepartmental committee recommended to the New Brunswick Department of Health that a new health system component was required to manage the forecast changes in the population and to address the heavy utilization of hospital beds. As a result, a new entity, the extramural hospital, which is now called the Extra-Mural Program, or EMP, was formed with a broad mandate to provide an alternative to hospital and nursing home care.

The New Brunswick Extra-Mural Program accepted its first clients in 1981. Over the following 12 years, the program has been phased in throughout the province. Today we cover every area in the province, both rural and urban.

EMP was launched with a budget of \$250,000. This year, the provincial estimates budget for the program is over \$40 million. Total expenses for the program in 2001-02 were over \$39 million. Our spending on home health care in the province is approximately \$53 per capita.

Overall, the total EMP expenses are approximately 4.2 per cent of the total RHA expenses and our regional health authorities are responsible for hospitals, home care and addiction services. They also represent about 3 per cent of the total Department of Health and Wellness budget.

Home health care is a legitimate component of the New Brunswick health care system. It has its own role to play, a role that is on par with ambulatory and institutional care. It is not simply a service to facilitate in-patient discharge for the convenience of hospitals. Approximately 55 per cent of our acute care clients are admitted directly from the community. This demonstrates that EMP is an acceptable option for the delivery of

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 17 juin 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 12 h 27 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Nous avons deux séries de témoins cet après-midi. Nous allons d'abord demander aux membres du premier groupe de faire leurs remarques liminaires, et nous poserons ensuite nos questions à l'ensemble du groupe. Vous avez la parole.

Mme Cheryl Hansen, directrice, Programme extramural, ministère de la Santé et du Mieux-être, gouvernement du Nouveau-Brunswick: Honorables sénateurs, je suis très heureuse de comparaître devant le comité à titre de directrice du Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick.

En 1979, un comité interministériel a recommandé au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick de doter le système de santé de la province d'une nouvelle composante pour parer aux changements démographiques prévisibles et pour trouver une solution à l'utilisation intense des lits d'hôpitaux. Cette recommandation a mené à la création d'une nouvelle entité, en l'occurrence l'Hôpital extra-mural, maintenant appelé le Programme extra-mural, qui s'est vu confier le mandat général d'offrir une solution de rechange à l'hospitalisation et aux soins infirmiers à domicile.

Le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick a accueilli ses premiers clients en 1981. Au cours des 12 années suivantes, sa portée s'est graduellement étendue, si bien que le programme est actuellement offert dans chaque région et secteur de la province, tant en milieu rural qu'urbain.

Le PEM a été lancé avec un budget de 250 000 \$. Cette année, les prévisions budgétaires prévues pour le programme s'élèvent à plus de 40 millions de dollars. Les dépenses globales du programme en 2001-2002 ont dépassé 39 millions de dollars. Nos dépenses au titre des soins à domicile dans la province sont de l'ordre de 53 \$ par habitant.

Dans l'ensemble, les dépenses globales du PEM correspondent à environ 4,2 p. 100 des dépenses globales des régies régionales de la santé (RRS), et les régies régionales de la santé sont responsables des hôpitaux, des soins à domicile et de services de toxicomanie. Elles représentent environ 3 p. 100 du budget total du ministère de la Santé et du Mieux-être.

Les soins de santé à domicile sont une composante légitime du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick et ils ont leur propre rôle à jouer, au même titre que les soins ambulatoires et en établissement. Leur rôle ne se limite pas simplement à faciliter l'obtention d'un congé précoce au moment où cela convient aux hôpitaux. Le fait qu'environ 55 p. 100 des clients qui reçoivent des soins actifs sont admis directement à partir de leur collectivité

care, and that for many clients it is the first choice and the optimal location for care.

The mandate of the Extra-Mural Program has broadened since 1981, but still encompasses the early service mandate, which is a true testament to the founders of the program. The program provides a comprehensive range of coordinated health care services for individuals of all ages for the purpose of promoting, maintaining and restoring their health. We also provide palliative care services to support quality end-of-life care with individuals with progressive life-threatening illnesses. We accomplish this by the provision of professional services that include nursing, occupational therapy, physiotherapy, speech language pathology, respiratory therapy, social work and clinical nutrition.

Physicians are essential team members and play a critical role in the delivery of our service. Our physicians are remunerated on a fee-for-service basis for services provided to home care clients, which may include home visits and telephone consultations.

EMP nursing services are provided twenty-four hours a day, 365-days a year through actual nursing shifts or, at a minimum, on-call service. We deliver a myriad of services that include, but are not limited to, acute care services, palliative care, long-term care, a home oxygen program, rehabilitation services, as well as long-term care support assessment.

Clients who are accepted for our services receive the necessary drugs and supplies to support the intervention that is required based on the reason of referral to the program. All services are delivered according to provincial, evidence-based, clinical policy and procedures to ensure the provision of consistent home health care services no matter where you are in the province.

We collaborate with a variety of other community stakeholders, recognizing that community care requires a multifaceted approach. A key partner in the delivery of home care is the Department of Family and Community Services. They are responsible for and also fund the long-term home care support component of home care in our province.

Combined with the Extra-Mural Program, per capita expenses for the provision of the home health care and home long-term support services in 2000-01 was \$135 per capita.

Today, the Extra-Mural Program has over 640 full-time equivalent positions in the province. In 2000-01, close to 20,000 clients were admitted to our program and we delivered over 400,000 visits. Provincial indicators reveal that the average cost per nursing workload unit, which is one minute, is

prouve que le PEM est un mode prestation des soins acceptable, et que pour un grand nombre de personnes, c'est le premier choix et le choix optimal à faire pour obtenir les soins requis.

Le mandat du Programme extra-mural a été élargi depuis 1981, mais il englobe toujours l'obligation d'offrir un service actif, qui est tout à l'honneur des fondateurs du programme. Ce programme offre une gamme complète de services de soins de santé coordonnés à des personnes de tout âge afin de promouvoir, maintenir ou rétablir la santé dans leur vie quotidienne. Nous assurons également des services de soins palliatifs afin d'assurer aux malades en phase terminale des soins de qualité. Ce travail est accompli grâce à la prestation de services professionnels de grande qualité, notamment des services de soins infirmiers, d'ergothérapie, de physiothérapie, d'orthophonie, d'inhalothérapie, de travail social et de nutritionnistes cliniques.

Les médecins sont aussi des membres essentiels de l'équipe et jouent un rôle critique dans la prestation des services de soins de santé à domicile. Nos médecins sont rémunérés à l'acte pour les services dispensés aux clients des services de soins à domicile, qu'il s'agisse de visites à domicile, ou de consultations au téléphone.

Les services de soins infirmiers offerts par le PEM sont accessibles 24 heures par jour, 365 jours par année, grâce à des quarts de services infirmiers ou, au minimum, à des services sur appel dispensés par une infirmière ou un infirmier. Nous offrons un éventail complet de services qui comprennent, sans s'y limiter, les soins actifs, les soins palliatifs, les soins de longue durée, l'oxygénothérapie et les services de réadaptation à domicile, de même que l'évaluation des services de soutien et soins de longue durée qui peuvent être requis.

Les clients qui sont acceptés pour recevoir des soins de santé à domicile reçoivent les médicaments et fournitures qui sont nécessaires pour les fins de l'intervention requise, en fonction de la raison du renvoi au programme. Tous les services sont dispensés conformément à notre politique provinciale, fondée sur l'expérience clinique, et ce afin d'assurer une prestation de services de soins de santé à domicile de qualité uniforme dans toute la province.

Nous collaborons d'ailleurs avec un grand nombre d'autres intervenants clés communautaires, étant conscients du fait que les soins communautaires reposent sur une approche multidisciplinaire. L'un de nos partenaires clés en ce qui concerne la prestation des soins à domicile est le ministère de la Famille et des Services communautaires. Ce dernier est responsable de la composante relative au soutien des soins à domicile de longue durée dans la province et finance également cet élément du programme de soins à domicile.

Avec le Programme extra-mural, les dépenses par habitant pour la prestation de soins de santé à domicile et de services de soutien à domicile de longue durée se sont montées en 2000-2001 à 135 \$ par habitant.

À l'heure actuelle, le Programme extra-mural regroupe au-delà de 640 postes d'équivalents temps plein dans la province. En 2000-2001, près de 20 000 clients ont été admis au programme et nous avons effectué plus de 400 000 visites. Les indicateurs provinciaux révèlent que le coût moyen par unité de soins infirmiers, qui est

approximately \$1.14, an equivalent amount is there for therapeutics, as well. The provincial average admission rate to our program is 26.19 admissions per thousand.

As in other jurisdictions and provinces, the majority of our consumers are seniors. Approximately 62 per cent of our clients are over the age of 65; 20 per cent are over the age of 85.

Eleven per cent of our clients are children and adolescents and 27 per cent are adults. At any time, between 50 per cent and 60 per cent of the EMP total caseload is for acute care services or is the acute care replacement and substitution function of hospitals. Approximately 5 per cent of our caseload at any time is receiving palliative care services.

The program has experienced many challenges and changes over the last 20 years. The strong foundation built at the outset has enabled the program to grow and flourish. Over the past several years, we have experienced an increase in the demand for acute care services. This has resulted from many factors, but most importantly it has resulted from planning. We have strong network and collaboration between the hospital and the community.

We feel that home care should not be seen as an option only to be considered when beds are closing, or when there is a hospital nursing shortage. Service needs to be coordinated on an ongoing basis, and the focus needs to be on the client and the efficient and effective delivery of services. We need to address the client needs as they move through the system.

The expansion of our program has been facilitated from the tremendous support we receive from all stakeholders, the general public and physicians. However, even with the strong support of the program, we are constantly faced with educating the public regarding the role of home health care. We have to inform people of what services we can deliver and, most importantly, what services we cannot deliver.

We are constantly guarding against the assumption that if something can be done at home, it should and must be done at home. This is not sufficient justification for us, because many times it ignores the complex factors found in the home environment. We must ascertain whether the home is suitable for the service; if it is safe for both the client and service provider; and, if there is or is not the presence of a support network. We have been fortunate because our program allows EMP management to refuse clients if the eligibility criteria are not met.

A misconception persists that home care is cheap care. Home health care is not cheap care, it is not second-class care; it is first class care that is appropriate to the needs of the client and family. For example, maintaining a dying individual at home can be very expensive. However, many, unfortunately, promote home health care as a panacea to health care problems, exaggerating the bottom line benefits rather than focusing on home care as the

d'une minute, est d'environ 1,14 \$, et c'est un montant équivalent pour les soins thérapeutiques. Pour la province, le taux d'admission moyen au programme est de 26,19 admissions pour 1 000 habitants.

Comme c'est le cas dans d'autres provinces et pays, la majorité de nos clients sont des personnes âgées. Environ 62 p. 100 de nos clients sont âgés de plus de 65 ans; 20 p. 100 d'entre eux ont plus de 85 ans.

Onze pour cent de nos clients sont des enfants et des adolescents, alors que 27 p. 100 d'entre eux sont des adultes. À n'importe quel moment, entre 50 et 60 p. 100 des clients pris en charge par le PEM ont besoin de soins actifs ou de soins qui sont dispensés en remplacement des soins actifs ou de ceux assurés par les hôpitaux. Environ 5 p. 100 des clients du PEM reçoivent des soins palliatifs.

Le programme a fait face à de nombreux défis et a subi des changements considérables au cours des 20 dernières années. Mais les assises solides établies au départ lui ont permis de progresser et de s'épanouir. Au cours des dernières années, nous avons connu une demande accrue pour les services de soins actifs. Bien qu'on puisse attribuer cet accroissement de la demande à plusieurs facteurs, pour nous, le plus important de ces facteurs est celui de la planification. Nous avons un réseau solide et bénéficions d'une bonne collaboration avec les hôpitaux et les collectivités.

À notre avis, les soins à domicile ne doivent pas être considérés comme une solution à envisager seulement lorsque les lits d'hôpitaux ferment ou quand il y a pénurie d'infirmière et d'infirmier. Les services doivent être coordonnés en permanence et l'accent doit être mis sur le client et la prestation efficace de services. D'abord et avant tout, il faut satisfaire aux besoins du client au fur et à mesure de son cheminement dans le système.

L'élargissement de notre programme a été facilité par l'excellent appui que nous avons reçu de tous les intervenants clés, du grand public et des médecins. Cependant, malgré l'appui solide dont bénéficie le programme, nous sommes constamment tenus de renseigner les citoyens sur le rôle des soins de santé à domicile. Il convient de leur dire quels soins peuvent être offerts à domicile et ceux qui ne peuvent l'être.

Il faut constamment se garder de tenir pour acquis que parce que quelque chose peut être fait à domicile, il devrait ou doit nécessairement l'être. Une telle justification n'est pas suffisante; elle fait fi de bon nombre des facteurs complexes qui entrent en ligne de compte dans l'environnement du domicile, notamment l'adaptation de celui-ci aux services; par exemple, la sécurité du client et du fournisseur de services dans cet environnement, et la présence ou l'absence d'un réseau de soutien. Heureusement pour nous, notre programme permet à la direction du PEM de refuser des clients si les critères d'admissibilité ne sont pas satisfaits.

Il persiste cependant la perception erronée que les soins à domicile sont des soins bon marché. Les soins de santé à domicile ne sont pas des soins bon marché, ni des soins de second ordre; ce sont des soins de premier ordre qui sont adaptés aux besoins du client et de la famille. Par exemple, permettre à une personne qui se meurt de rester à domicile peut coûter très cher. Cependant, malheureusement, bien des gens voient dans les soins de santé à

appropriate location for service delivery with the appropriate client.

In regards to the provision of acute care services in the home, I wish to stress the importance of an adequate home support system for short-term needs. The acute care substitute function of home care requires a comprehensive team working collaboratively to meet the needs of the client family. An essential component is appropriate short-term home support services. The requirement for this is often overlooked as it is assumed that the informal support system will address these needs. In many cases, this support is inadequate or nonexistent. This provision will need to be addressed in order for the replacement substitute function of home care to occur in a fashion that ensures quality service for the client and family.

The New Brunswick Extra-Mural Program is an identifiable component of a comprehensive continuum of care in our province. This component broadens the options available to service providers, clients and their families. We feel that the program has reached maturity, but not finality. It remains adaptable and embraces ongoing change and challenges in an effort to contribute to a sustainable health care system in our province.

Mr. Peter Coyte, Co-Director, Home and Community Care Evaluation and Research Centre, University of Toronto: Home care represents a complex array of services to diverse recipients. Some receive home care to prevent or retard the depreciation of health and to maintain independence, while others receive rehabilitation following hospitalization.

In the past 20 years, there has been dramatic growth in home care expenditures. This growth may be attributed to five major factors: Increased beneficiary eligibility, generally produced by individual provincial governments; increased access to such care, once eligible; significant demographic change; unparalleled technological change that has helped to mediate health care delivery; and, health care restructuring.

The policy assumptions emphasizing home care have been based upon three critical assumptions: Canadians want to assume greater responsibility for care delivered at home; housing and employment circumstances permit the shift of safe and effective care to the home; and, home care is cost effective.

domicile la panacée qui réglera tous les problèmes, et en exagèrent les avantages au niveau du coût plutôt que d'insister sur le fait que le domicile est l'endroit tout indiqué pour offrir des services de santé à certains clients.

En ce qui concerne la prestation de services de soins actifs à domicile, j'insiste sur l'importance d'un système de soutien approprié pour assurer les besoins à terme. Le rôle des soins à domicile, qui viennent remplacer les soins actifs, exige la présence d'une équipe complète qui travaille en étroite collaboration pour répondre aux besoins du client et de sa famille. Cela suppose des services appropriés de soutien à domicile à terme. Or, on néglige souvent cette exigence, puisqu'on suppose que le réseau de soutien informel sera à même de répondre à ces besoins. Mais dans bien des cas, ce soutien est insuffisant ou inexistant. La question de la prestation à terme de services de soutien suffisants devra être examinée pour que le recours aux soins à domicile en guise de remplacement ou de substitution d'autres services permette d'assurer des services de première qualité au client et à la famille.

Le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick est un élément bien distinct d'un continuum complet de soins. Cet élément permet d'élargir la gamme d'options offertes aux fournisseurs de soins, aux clients et à leurs familles. À notre avis, le programme a atteint sa maturité mais non sa finalité. Il demeure adaptable et évolue en fonction des changements et des défis constants, afin de contribuer à assurer la durabilité des services de soins de santé dans la province.

M. Peter Coyte, codirecteur, Home and Community Care Evaluation and Research Centre, Université de Toronto: Les soins à domicile correspondent à un éventail à la fois vaste et complexe de services qui sont assurés à divers clients. Certains reçoivent des soins à domicile pour prévenir ou retarder la détérioration de leur état de santé et pour maintenir leur indépendance, alors que d'autres bénéficient de services de réadaptation après un séjour à l'hôpital.

Au cours des 20 dernières années, les dépenses au titre des soins à domicile sont montées en flèche. Cette progression peut être attribuée à cinq grands facteurs: l'accroissement du nombre de bénéficiaires qui y sont admissibles, par suite de décisions généralement prises par les administrations provinciales individuelles; l'accès accru à de tels soins, une fois que leur admissibilité est établie; d'importants changements d'ordre démographique; des progrès technologiques sans précédent qui ont contribué à faire évoluer la prestation des soins de santé; et enfin, la restructuration du système de soins de santé.

Les hypothèses stratégiques qui sous-tendent les soins à domicile ont été fondées sur trois prémisses critiques: les Canadiens veulent assumer une plus grande part des responsabilités à l'égard des soins assurés à domicile; la situation actuelle en ce qui concerne le logement et l'emploi est telle qu'il convient d'assurer la prestation de certains soins à domicile, lorsqu'il est possible de le faire efficacement et en toute sécurité; et enfin, les soins à domicile sont économiques.

I argue that we are far from having compelling evidence on any of these three critical assumptions that are driving policy change.

With respect to the home care industry, public sector home care expenditures have increased rapidly in the last 20 years. However, the rate of growth of such expenditures has slowed dramatically in the last 10 years. Annual rates of growth were 17 per cent per annum throughout the 1980s, while only 10 per cent per annum through the 1990s. In contrast to public home care expenditure private home care expenditure has increased even more dramatically, growing from 9 per cent per annum in the 1980s to 13 per cent in the 1990s. There seems to be a very clear crowding out of public expenditure and private expenditure where public expenditure's rate of growth has slowed, private expenditure has increased to take up that slack.

As a result of these differential growth rates, the private share of total spending fell during the 1980s but increased in the 1990s. In the year 2000 private expenditures accounted for one in five home care expenditures for this \$3.5 billion industry.

Home care is no longer the preserve of the elderly. In Ontario, 45 per cent of home care recipients are under 65 years of age. In New Brunswick the number is 37 per cent. Some 15 per cent of home care clients are children.

There are two distinct types of clients: Clients who receive home care for a short period of time, generally up to about 13 weeks; and, clients who receive care on an ongoing or continuous basis.

Short-term clients receive approximately two-thirds of their services from nurses. The remaining services are almost evenly divided between personal support and other therapies. For continuing care clients, about 60 per cent of their services are of a personal support nature and, almost all of the remainder of their services are from nurses. Approximately 60 per cent of clients are short-term clients while the remaining 40 per cent require continuing care.

There are large interprovincial variations in per capita home care expenditures that persist even after adjusting for the demographic composition of the population. The magnitude of such an expenditure variation is almost fourfold between the large expenditure provinces, such as New Brunswick, compared with the low expenditure provinces, such as P.E.I. and Quebec.

Obviously, the federal government has an important role, not only to highlight these expenditures, but also to assist in rectifying

À mon avis, nous sommes loin d'avoir des preuves convaincantes de la justesse de ces trois hypothèses critiques qui sont à l'origine des changements apportés à nos politiques dans ce domaine.

En ce qui concerne le secteur des soins à domicile, les dépenses publiques au titre des soins à domicile sont montées en flèche au cours des 20 dernières années. Cependant, le taux de croissance de ces dépenses s'est beaucoup ralenti dans les 10 dernières années. Les taux annuels de croissance étaient de 17 p. 100 par année durant les années 80, alors qu'ils n'étaient que de 10 p. 100 par an durant les années 90. Par contraste avec les dépenses publiques, les dépenses privées au titre des soins à domicile ont connu une augmentation encore plus importante, passant de 9 p. 100 par année dans les années 80 à 13 p. 100 dans les années 90. Il est clair que les dépenses publiques vont en diminuant, étant donné que le taux de croissance des dépenses publiques s'est ralenti, alors que les dépenses privées ont augmenté proportionnellement pour combler les lacunes.

En raison de cette différence de taux de croissance, la part du secteur privé des dépenses globales est tombée durant les années 80 mais a augmenté dans les années 90. En l'an 2000, une dépense sur cinq au titre des soins à domicile était une dépense privée dans cette industrie qui a un chiffre d'affaires de 3,5 milliards de dollars.

Les soins à domicile ne sont plus assurés qu'aux personnes âgées. En Ontario, 45 p. 100 des bénéficiaires de soins à domicile sont âgés de moins de 65 ans. Au Nouveau-Brunswick, c'est 37 p. 100. Quelque 15 p. 100 des clients qui reçoivent de tels soins sont des enfants.

Il existe deux catégories de clients bien distincts: ceux qui reçoivent les soins à domicile durant une courte période, normalement pour un maximum de 13 semaines, et ceux qui en reçoivent en permanence.

Les clients qui bénéficient de services à terme reçoivent deux tiers de leurs soins d'un infirmier ou d'une infirmière. Les autres services sont répartis plus ou moins équitablement entre les catégories du soutien personnel et d'autres thérapies. Pour les clients recevant des soins de longue durée, environ 60 p. 100 des services assurés sont du type «soutien personnel» et presque tous les autres services qu'ils reçoivent sont dispensés par du personnel infirmier. Environ 60 p. 100 des clients sont des clients à terme, alors que les 40 p. 100 restants ont besoin de soins de longue durée.

Il existe d'importantes variations interprovinciales sur le plan des dépenses par habitant au titre des soins à domicile, variations qui demeurent même après avoir rajusté les chiffres pour tenir compte de la composition démographique de la population. Cette différence est à ce point importante que les provinces qui dépensent le plus, comme le Nouveau-Brunswick, dépensent presque quatre fois plus que celles qui dépensent le moins, entre autres, l'Île-du-Prince-Édouard et le Québec.

Évidemment, le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer à cet égard, non seulement pour mettre en relief ces

such variations to ensure that all Canadians, irrespective of where they reside, have reasonable access to equivalent funding.

Elsewhere, I have developed national estimates for a home care program at benchmark levels that would entail increased funding in the amount of \$1.5 billion.

While I have offered such expenditures for the cost of a national program, I am not calling for a parallel publicly-funded program. I want to stress that health care in the 21st century consists of much more than institutional settings and stethoscopes. It is much more than one privileged setting, in this case hospitals, and one privileged provider, in this case physicians.

Today, health care is sought, delivered and received in geographically dispersed settings, something that has been missed in current writings on health care and in discussions around health reform.

The sampling of health care from many different settings is the dominant characteristic of the new health care order. The Canada Health Act is outdated because it does not reflect the reality of health care in Canada and it reflects only a minority of publicly funded or even privately funded health care services. Health care services captured under the Canada Health Act reflect 45 per cent of total expenditure compared with the 55 per cent spent on settings outside of hospitals or on providers beyond physicians.

Rather than focus on medically necessary hospital and physician care, we need to focus upon necessary health care. We need to expand the principle of comprehensiveness that is embedded in the Canada Health Act, as the setting for care delivery should be irrelevant to whether necessary health care is publicly funded.

The discussion of home care as a substitute for acute or institutional care is misplaced. That discussion forces a bifurcation between entrenched interests of medicare and those in home and community care. A more powerful visioning of health care for the 21st century may be gleaned by viewing home care as a complement to care sort delivered and received in other settings. In this way, the home is but one component of a network of settings that may be reconfigured for different underlying conditions, for care recipients at different stages in their life course, and when the context of care giving changes.

dépenses, mais aussi pour aider à corriger les variations qui existent afin que tous les Canadiens, quelle que soit leur province de résidence, bénéficient d'un accès raisonnable à des fonds équivalents.

Dans un autre document, j'ai préparé des estimations nationales pour un programme de soins à domicile de niveaux repères qui donnerait lieu à un accroissement du financement de l'ordre de 1,5 milliard de dollars.

Bien que j'aie calculé de telles dépenses par rapport à un programme national, je ne préconise pas l'établissement d'un programme parallèle qui serait financé par les deniers publics. J'insiste sur le fait que les soins de santé au XXI^e siècle consistent en beaucoup plus que les séjours en établissement et les stéthoscopes. Le cadre de prestation des soins de nos jours dépasse de loin ce milieu privilégié, en l'occurrence les hôpitaux, et un fournisseur privilégié, en l'occurrence les médecins.

À l'heure actuelle, les soins sont demandés, distribués et reçus dans des milieux géographiquement dispersés, fait dont on ne parle jamais dans les rapports récemment publiés sur les soins de santé ni dans les discussions touchant la réforme du système de soins.

Le recours à des soins de santé assurés dans de nombreux milieux différents est la principale caractéristique du nouvel ordre qui s'est installé sur le plan des soins de santé. La Loi canadienne sur la santé est dépassée car elle ne correspond plus à la réalité des soins de santé au Canada et ne vise qu'une minorité de services et de soins de santé financés par les deniers publics ou même de sources privées. Les services de soins de santé visés par la Loi canadienne de la santé ne correspondent qu'à 45 p. 100 des dépenses globales, comparativement à 55 p. 100 qui concernent les soins assurés en dehors du milieu hospitalier ou par des fournisseurs autres que des médecins.

Au lieu de mettre l'accent sur les soins «médicalement nécessaires» devant être assurés en milieu hospitalier par les médecins, nous devons mettre l'accent sur les soins de santé nécessaires. Il nous faut élargir le principe de l'intégralité qu'établit la Loi canadienne sur la santé, car le milieu de prestation des soins ne devrait pas être un facteur dans la décision d'avoir recours aux deniers publics pour financer des soins ou services de santé jugés nécessaires.

La discussion actuelle sur les soins à domicile en tant que remplacement des soins actifs ou en établissement part d'une prémisse erronée. Cette discussion oppose les intérêts bien enracinés de ceux qui oeuvrent dans le système actuel de soins, aux intérêts qu'on peut rattacher aux soins à domicile et aux soins communautaires. Une vision beaucoup plus puissante du système de soins du XXI^e siècle reposerait à mon avis sur le concept des soins à domicile en tant que complément aux soins qui sont distribués ou reçus dans d'autres milieux. Ainsi le domicile n'est plus qu'une composante d'un réseau regroupant une gamme de milieux de soins qui peut être restructurée pour tenir compte des conditions qui existent, des besoins des bénéficiaires de soins qui peuvent être à des époques différentes de leur vie et de l'évolution du contexte de la prestation des soins.

I urge you not to recommend the development of yet another separate parallel program, another silo, aimed to provide incentives to the provinces for service integration. Consider integrating post acute and short-term care within the hospital-funding envelope, and to integrate continuing care funding with primary care groups. Such funding and organizational changes may offer opportunities to enhance service effectiveness, both in terms of the continuity of care as well as their cost effectiveness, and should be coupled with ongoing monitoring activities, provincially and federally, to ensure the advancement of various degrees of equity objectives.

One simple way of dealing with the potential government liabilities with respect to post-acute care is to use capitation-based reimbursement arrangements for hospitals or the services that may be contracted out from hospitals that are on the outlines of major clinical groups or equivalent day procedure groups. The potential for outsourcing such care following hospitalization and the reimbursement to providers on a capitated, unlike fee-for-service basis, provides the best opportunity not only for cost-effective care but also for the advancement of various degrees of equity objectives. There are significant opportunities in using the economies of scale that hospitals have for post-acute care and the potential economies of scale that may occur through allocating care for continuing care to primary care providers.

Mr. Marcus Hollander, President, Hollander Analytical Services: I would also like to add that I am the co-director of the national evaluation of the cost effectiveness of home care, which some of you may have heard about. I have provided to the clerk and the research staff the materials that are listed at the back of the reference section. The committee will have the full details, as I will be speaking about a number of reports today.

It appears that the needs of hundreds of thousands of Canadians with ongoing care requirements; children with special needs; people with chronic mental health needs; people with disabilities; and the elderly with functional deficits, are not being adequately addressed in current health policy discussions.

If the statistics were available, we would find that the public cost of caring for people with ongoing care requirements could begin to rival public expenditures on physicians and would exceed public expenditures on drugs.

Continuing community care, which includes home care, should be recognized as one of the key pillars of the Canadian health care system. The pillars we propose are preventative care, which is public and population health; primary care, which is medical care

Je vous exhorte donc à ne pas recommander la création d'un autre programme distinct et parallèle — un autre cloisonnement, si vous voulez — visant à encourager les provinces à procéder à l'intégration de leurs services. Je vous conseille d'envisager d'incorporer les soins actifs post-intervention et les soins de courte durée dans l'enveloppe budgétaire des hôpitaux, et d'intégrer les crédits prévus pour les soins de longue durée dans la même enveloppe que les soins primaires. Ces changements de financement et organisationnels pourraient permettre d'améliorer l'efficacité du service du point de vue de la continuité et de la rentabilité des soins, et devraient être accompagnés d'activités de suivi permanentes aux niveaux provincial et fédéral, pour garantir la réalisation de nos objectifs en matière d'équité, à des degrés variables.

Une façon simple de régler le problème du passif éventuel du gouvernement pour les soins actifs post-intervention consisterait à prévoir une formule de capitation pour le remboursement des hôpitaux ou des services qui pourraient être sous-traités par les hôpitaux, par exemple, à des groupes cliniques ou des groupes offrant des services ou interventions de jour équivalents. La possibilité de sous-traiter les soins assurés suivant l'hospitalisation et de rembourser les fournisseurs selon une formule de capitation, différente de la formule de la rémunération à l'acte, est vraiment la plus intéressante du point de vue de l'aspect coût-efficacité des soins et de la réalisation de nos objectifs en matière d'équité, encore une fois à des degrés variables. Il y a des possibilités fort intéressantes qui sont rattachées aux économies d'échelle dont peuvent bénéficier les hôpitaux pour les soins intensifs post-intervention et aux économies d'échelle potentielles qui pourraient se créer si l'on confiait la responsabilité des soins de longue durée aux fournisseurs des soins primaires.

M. Marcus Hollander, président, Hollander Analytical Services: Je voudrais ajouter que je suis codirecteur du projet d'évaluation nationale du rapport coût-efficacité des soins à domicile, dont certains d'entre vous avez peut-être entendu parler. J'ai fourni à la greffière et au personnel de recherche les documents qui sont énumérés à la fin du mémoire, dans la section bibliographique. Le comité disposera donc de tous les détails, puisque je vais vous parler aujourd'hui d'un certain nombre de rapports.

Il semble que les besoins de centaines de milliers de Canadiens requérant des soins prolongés; d'enfants ayant des besoins spéciaux; de personnes ayant des besoins chroniques de soins de santé mentale; de personnes handicapées; et de personnes âgées souffrant d'un déficit fonctionnel, ne sont pas suffisamment pris en compte dans le cadre des discussions actuelles portant sur la politique sanitaire.

Si les statistiques étaient disponibles, elles révéleraient que les dépenses publiques au titre des soins de longue durée se rapprochent beaucoup de celles engagées pour les médecins et dépassent certainement les dépenses publiques au titre des médicaments.

Il convient de reconnaître que les soins prolongés, qui comprennent les soins à domicile, constituent l'un des grands piliers du système canadien de soins de santé. Les piliers que nous proposons sont les suivants: les soins préventifs, c'est-à-dire

for the general population; ongoing care, which is continuing community care; and acute care. Drugs could be considered to be a type of intervention that applies to all four pillars, or as a fifth pillar.

Home and community-based services are not frills or boutique services; rather, they are key vehicles for improving the overall cost-effectiveness of the Canadian health care system. The framework for organizing service delivery systems for persons with ongoing care requirements found in the Third Way Report, presents a way to provide better care at a lower cost to people with ongoing care needs. It also provides a vehicle for reducing costs and improving the quality of care for the overall health care system in Canada.

The distinction must be made between curative services and care-related services. Curative interventions generally require care to be provided by medical and other health professionals and are generally the purview of doctors in hospitals. Care-related interventions are designed to reduce the rate of functional decline and/or to allow people with functional deficits to live at an optimal level for as long as possible. Care-based approaches use a psycho/social/medical model of care, which emphasizes supportive services. Supportive services, such as providing meals, a bath and taking the client shopping because the client is not able to perform these functions independently, are designed to assist people to function as normally as possible and are a significant factor in reducing and/or delaying admissions to hospitals and long-term care facilities.

People with ongoing care needs require medically necessary services to deal with their functional disabilities, but many of these services are supportive services. It is sometimes difficult for people who may equate health care with medical care to recognize that supportive services are a part of our health care system.

Mr. Coyte has mentioned that we need more research on the cost-effectiveness of home health care. That is certainly true. However, there are some interesting initial findings. With regard to the preventative function of home care, a recent study indicated that people who only received cleaning services and who were cut from home care had, three years later, increased health care costs of some \$3,500 per person on average compared to similar persons who remained in care. This study demonstrates the cost-effectiveness of preventative home care and the cost-effectiveness of home support services. International research also seems to

l'amélioration de la santé publique et de la santé de la population; les soins primaires, c'est-à-dire les soins médicaux pour la population générale; les soins permanents, c'est-à-dire les soins communautaires prolongés; et les soins actifs. L'utilisation des médicaments peut-être considérée comme un type d'intervention qui vise les quatre piliers, ou qui serait peut-être un cinquième pilier.

Les services à domicile et communautaires ne sont pas des extras ou des services personnalisés de luxe; il s'agit plutôt de véhicules clés à faire intervenir pour améliorer le rapport coût-efficacité global du système canadien de soins de santé. Le cadre d'organisation des réseaux de prestation des services à l'intention des personnes ayant besoin de soins prolongés dont il est question dans le Rapport sur la troisième voie, constitue une meilleure méthode de prestation de soins de meilleure qualité à un coût inférieur aux personnes ayant besoin de soins prolongés. Il représente également un moyen de réduire les coûts et d'améliorer la qualité des soins dispensés dans l'ensemble du système de soins de santé au Canada.

Il convient de faire une distinction entre les services curatifs et les services liés aux soins. Les interventions curatives requièrent généralement que des soins soient assurés par des spécialistes médicaux ou d'autres professionnels de la santé et, de façon générale, ce genre d'intervention est pratiqué par des médecins dans des hôpitaux. Les interventions liées aux soins sont conçues pour réduire le taux de détérioration fonctionnelle et pour permettre aux gens qui ont un déficit fonctionnel de vivre à un niveau optimal pendant aussi longtemps que possible. Les approches de ce genre s'appuient sur un modèle de soins psycho-social-médical, qui met l'accent sur les services de soutien. Des services de soutien qui consistent à préparer les repas, à aider un client à prendre un bain ou à l'emmener faire les commissions, comme le client n'est pas en mesure de vaquer à ces tâches de façon indépendantes, visent à aider les gens à vivre de façon aussi normale que possible et jouent un rôle très important pour ce qui est de réduire ou de retarder l'admission à l'hôpital ou à un établissement de soins prolongés.

Les personnes ayant besoin de soins de longue durée requièrent des services médicalement nécessaires pour traiter leurs incapacités fonctionnelles, mais dans bien des cas, il s'agit de services de soutien. Il est parfois difficile aux gens qui assimilent les soins de santé aux soins médicaux de reconnaître que les services de soutien font partie intégrante de notre système de soins.

M. Coyte a affirmé qu'il convient de faire plus de recherches sur le rapport coût-efficacité des soins de santé à domicile. C'est tout à fait vrai. Cependant, nous avons déjà des conclusions initiales fort intéressantes à examiner. En ce qui concerne le rôle préventif des soins à domicile, une récente étude indiquait que des personnes qui ne bénéficiaient que des services de ménage à qui on avait supprimé les soins à domicile généraient, trois ans plus tard, des coûts pour le système de soins de 3 500 \$ par personne en moyenne, comparativement aux personnes qui ont continué à recevoir des soins. Cette étude prouve bien la rentabilité des soins

indicate that special targeted preventative programs for home care clients can be cost effective.

Recent research indicates that on average home care costs are 50 per cent to 75 per cent of the costs of residential care for clients with similar care needs. Given that outcomes in regard to quality of life and satisfaction with care are typically similar, home care can be a cost-effective substitute for residential care. The finding of cost-effectiveness relates to cost to government and to cost that includes the contributions in cash and in kind of clients and their family members.

With regard to home care and acute care, findings regarding the cost-effectiveness of home care compared to acute care remain mixed. While there are some studies that indicate cost-effectiveness, there are others that do not. This may be due to the lack of integration and/or coordination between home care and hospitals, in regard to systems and structures that facilitate the actual and effective substitution of home care services for hospital services.

Nevertheless, some evidence indicates that if one uses targeted programs to substitute home care for hospital care, cost-effective substitutions can occur. For example, a few years ago the Simon Fraser Health Region in B.C. closed 30 beds, thereby saving \$2 million per year. They reinvested \$1 million per year in a new model of home care-based discharge planning called Carelinks and had \$1 million left over per year for other care-related improvements.

What about home care in the broader health care context? The focus on home care has certainly been welcome over the past several years. It now appears that home care is under fiscal pressure and is weak compared to other components of the health system. It may not be sustainable on its own in the long-term.

There are three possible options for home care: One is to reduce home care to a hospital outreach program; that is a hospital replacement substitution model. This would cause fragmentation and overlap, as many people who go to hospital are already long-term home care clients. Who would care for the people and how? Would it be the community-based home care staff or the hospital outreach staff? Also, people may live far away from the hospital that provides care. Who would then provide care for patients when they return home?

à domicile préventifs et des services de soutien à domicile. Les résultats de la recherche internationale laissent également supposer que des programmes spéciaux de prévention à l'intention des clients du programme de soins à domicile peuvent améliorer le rapport coût-efficacité de ces services.

De récentes études indiquent que les coûts des soins à domicile représentent en moyenne entre 50 et 75 p. 100 des coûts des soins assurés en établissement à des clients ayant des besoins similaires. Étant donné que les résultats au niveau de la qualité de vie des clients et de leur degré de satisfaction à l'égard des soins reçus sont normalement semblables, on peut assumer que les soins à domicile représentent une solution économique de remplacement des soins en établissement. Les conclusions relatives au rapport coût-efficacité concernent le coût pour les gouvernements et les coûts supportés par les clients et les membres de leurs familles en terme de déboursés réels et d'appui non financier.

S'agissant de soins à domicile et de soins actifs, les conclusions touchant la rentabilité des soins à domicile, comparativement aux soins actifs, ne sont toujours pas très claires. Bien que certaines études concluent à la rentabilité des soins à domicile, ce n'est pas généralisé. C'est peut-être à cause du manque d'intégration et de coordination entre le réseau de soins à domicile et les hôpitaux, en ce qui concerne des systèmes et structures qui facilitent le remplacement réel et efficace des services en milieu hospitalier par des services de soins à domicile.

Il reste que selon certains faits, le remplacement des soins hospitaliers par des soins à domicile peut être économique si l'on a recours à des programmes ciblés. Par exemple, il y a quelques années, la régie de santé de la région de Simon Fraser en Colombie-Britannique a fermé 30 lits, ce qui a donné lieu à une économie de 2 millions de dollars par année. La régie a ensuite réinvesti un million de dollars par an dans un nouveau modèle de planification des sorties appelées Carelinks, et disposait donc d'un million de dollars de plus chaque année pour améliorer d'autres types de soins.

Mais qu'en est-il des soins à domicile dans le contexte général des soins de santé? Le fait d'avoir mis l'accent sur les soins à domicile a certainement été bénéfique au cours des dernières années. Il semble à présent que des pressions financières s'exercent sur ce plan et que ce secteur est faible comparativement à d'autres composantes du système de soins. Sa viabilité à long terme n'est peut-être pas garantie.

Il y a donc trois options en ce qui concerne les soins à domicile: premièrement, limiter les soins à domicile à un programme hospitalier d'extension des services; il s'agirait là d'un modèle de remplacement ou de substitution en milieu hospitalier. Cela entraînerait de la fragmentation et du double emploi, étant donné que bon nombre des personnes qui vont à l'hôpital sont déjà des clients d'établissement de soins prolongés. Donc, qui les soignerait et comment? Cette tâche relèverait-elle des fournisseurs communautaires de soins à domicile ou du personnel chargé du programme d'extension des services en milieu hospitalier? De plus, les gens peuvent habiter loin de l'hôpital qui assure les soins. Qui serait donc chargé de soigner les patients à leur retour à la maison?

The other option is to merge home care into a broad definition of primary care. That option might enhance horizontal integration at the community level, but it would reduce vertical integration between the community, residential, and acute care services. It is this vertical integration that allows for more cost-effective substitutions.

The third option that we propose is to integrate home care into an upgraded model of continuing and community care. In the West and Atlantic Canada, home care has historically been linked to the broader notion of continuing care. The continuing and community care model provides for coordinated, horizontal and vertical integration and/or coordination across a wide range of services to best match, on an ongoing basis, the clients' care needs and care responses. It combines the best aspects of primary care and integrated health systems, and has strong links with other parts of the health care system.

There appears to be growing support for this approach within the continuing community care industry. This model is not an academic or theoretical model. It has real world precedents and builds on models that have actually been in place in the past.

There are a couple of key policy questions that this committee may wish to address. People with ongoing care needs are currently cared for through the health care system. Should this continue? If one decides to use a home care program that is linked to acute care services, that has a certain set of dynamics. One then must figure out what to do with all the other people who have been receiving home care and who need it on an ongoing basis.

Should we decide to reduce the scope of home care then we have some issues to address. What structures, mechanisms and forms of funding will replace what we now have for people with ongoing care requirements? Such a shift would move the most frail and needy in our society from at least a quasi-universal model of care to a residual welfare model and care would no longer be a right for all citizens.

Such a shift would also significantly reduce the cost-effectiveness of the health care system, as it would be much more difficult to substitute lower cost services, such as home care, for higher cost institutional services in a coordinated manner if services are in different ministries or different departments.

This speaks to the point that Mr. Coyte just made about further stovepipes and fragmentation. If people with ongoing care requirements remain in the health system, should continuing community care be fully recognized as a major pillar of our health care system? If so, which if any of the following steps should be taken? Should ministries of health or regional health authorities be encouraged to reorganize to have a senior official for

L'autre possibilité consiste à incorporer les soins à domicile dans une large définition des soins primaires. Cela permettrait peut-être d'améliorer l'intégration horizontale au niveau communautaire, mais l'intégration verticale des services communautaires, des services en établissement et des services de soins actifs en serait réduite. C'est justement cette intégration verticale qui permet la substitution de services ou soins plus économiques.

La troisième option que nous recommandons consisterait à incorporer les soins à domicile dans un modèle amélioré de soins prolongés et de services communautaires. Dans l'Ouest et au Canada atlantique, les soins à domicile ont toujours été liés à la notion générale de soins prolongés. Le modèle des soins prolongés et communautaires permet une intégration horizontale et verticale coordonnée et la coordination d'une vaste gamme de services qui répondent en permanence aux besoins des clients et lui assure les meilleurs soins possible. Il réunit les meilleurs éléments des soins primaires et des systèmes de soins intégrés et garantit une solide liaison avec d'autres composantes du système de soins.

Cette approche semble avoir de plus en plus de partisans au sein de l'industrie des soins prolongés et communautaires. Il ne s'agit pas d'un modèle universitaire ou théorique. Il s'appuie au contraire sur des faits et précédents réels, et sur d'autres modèles qui ont été mis en application par le passé.

Il y a un certain nombre de questions stratégiques clés que le comité voudrait peut-être examiner. Les personnes ayant besoin de soins prolongés sont actuellement prises en charge par le système de soins. Cela devrait-il continuer? Si l'on décide de créer un programme de soins à domicile lié aux services de soins actifs, une certaine dynamique y sera nécessairement associée. Il s'agit à ce moment-là de déterminer ce qu'on fera de tous ceux qui reçoivent des soins à domicile et qui en ont besoin en permanence.

Si nous décidons de réduire l'étendue des soins à domicile, cela causera sans aucun doute certains problèmes qu'il faudra chercher à résoudre. Quels mécanismes, structures et types de financement remplaceront ceux qui permettent à l'heure actuelle de prendre en charge les personnes qui ont besoin de soins prolongés? Un changement de cet ordre aurait pour résultat d'imposer aux membres les plus frêles et nécessaires de la société un modèle résiduel de services sociaux, au lieu d'un modèle de soins quasi universels, si bien que les soins ne seraient plus considérés comme un droit dont jouit chaque citoyen.

Un tel changement ferait sensiblement baisser la rentabilité du système de soins puisqu'il deviendrait beaucoup plus difficile de substituer de manière coordonnée des services moins chers, tels que les soins à domicile, aux services plus coûteux assurés en établissement, si ces services plus économiques relèvent de la responsabilité de ministères ou d'organismes différents.

Cela rejoint ce que disait M. Coyte concernant toute mesure qui aurait pour effet d'aggraver le cloisonnement et la fragmentation du système actuel. Si les personnes ayant besoin de soins prolongés vont continuer d'être prises en charge par le système de soins, conviendrait-il alors de reconnaître officiellement que les soins prolongés et communautaires représentent l'un des piliers fondamentaux de notre système de

continuing community care? Given the complexity of this sector, should there be a federal-provincial-territorial advisory committee on continuing community care? Given the lack of understanding of the size and scope of this sector, should the Canadian Institute for Health Information be asked to provide utilization and expenditure data for this sector in its reports? Finally, should continuing and community care services become insured health services through the Canada Health Act, a separate parallel act, or the social union mechanism?

New Brunswick's expenses tower above the rest of the provinces. Is that because you have the extramural program or because of the way you keep the data? Can you explain why it is noticeably different than other provinces?

Ms Hansen: We have noticed that as well. From province to province taxes are collected differently. For example, the extramural program includes everything: the cost of drugs, supplies, administration, and, our fleet. In some provinces it may not include, for example, the cost of drugs. I am not sure whether Ontario's expenses include the cost of drugs in their home care program.

The Chairman: That may be included separately under pharmacare.

Ms Hansen: That is correct. I gave you all of the expenses associated with the program.

The Chairman: This committee has made it clear that it agrees with Mr. Coyte's observation that the setting of care is irrelevant. That is why we have always referred to Canada as having a national hospital and doctor program, not a national health care program. We have been trying to emphasize that the program should have been horizontally designed across the silos, rather than vertically designed within the silos. Nevertheless, we have to accept the practical reality that we are where we are.

How do we begin to breakdown the silos, while at the same time recognizing that we have to start from where we are, not from where we think we ought to be?

One idea we have been considering is that the setting of care is irrelevant, and, therefore, we should not consider a hospital to be a brick wall. It is also clear that progress in an area of this nature with its large dollar expenditure has to be made in baby steps.

soins? Dans l'affirmative, quelles mesures s'imposent parmi celles que je vais énumérer: par exemple, faut-il encourager les ministères de la Santé ou régies régionales de la santé à se réorganiser de façon à confier la responsabilité des soins prolongés et communautaires à un haut fonctionnaire? Vu la complexité de ce secteur, faut-il établir un comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les soins prolongés et communautaires? Étant donné que l'étendue de ce secteur n'est pas bien comprise, conviendrait-il de demander à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) de fournir des données dans ses rapports sur le recours aux services de ce secteur et les dépenses qui lui sont attribuables? Et enfin, conviendrait-il que les soins prolongés et communautaires soient désormais des services assurés, et faut-il passer par la Loi canadienne sur la santé, une loi parallèle semblable ou le mécanisme de l'union social pour opérer ce changement?

Les dépenses du Nouveau-Brunswick sont beaucoup plus élevées que celles des autres provinces. Est-ce à cause de votre Programme extra-mural ou de votre façon de préparer les données? Pourriez-vous nous expliquer cette différence considérable entre vous et les autres provinces?

Mme Hansen: Nous avons fait la même constatation. D'une province à l'autre, la façon de prélever les impôts n'est pas la même. Par exemple, le Programme extra-mural comprend tout: le coût des médicaments, des fournitures, de l'administration et de notre parc. Dans certaines provinces, cela peut ne pas comprendre le coût des médicaments, par exemple. Je ne sais pas si les dépenses inscrites pour l'Ontario comprennent les médicaments distribués dans le cadre du programme de soins à domicile.

Le président: Ces dépenses sont peut-être comptabilisées à part, sous la rubrique de l'assurance-médicaments.

Mme Hansen: C'est exact. Je vous ai énuméré toutes les dépenses du programme.

Le président: Le comité a déjà déclaré qu'il est d'accord avec l'observation de M. Coyte selon laquelle le milieu qui prodigue les soins est sans importance. C'est pour cela que nous avons toujours dit que le Canada a un programme national d'hôpitaux et de médecins, et non un programme national de soins de santé. Nous insistons sur le fait que ce programme aurait dû être conçu horizontalement, c'est-à-dire de façon à englober toutes les catégories différentes de soins, plutôt que verticalement, c'est-à-dire à l'intérieur de chaque catégorie individuellement. Mais nous sommes bien obligés d'accepter la réalité concrète de notre situation actuelle.

Comment donc peut-on éliminer le cloisonnement du système actuel, tout en reconnaissant que notre point de départ est la situation actuelle, et non celle dans laquelle nous préfererions nous trouver?

L'une des idées que nous examinons, c'est que le milieu qui prodigue les soins est sans importance, et donc nous ne devrions pas considérer l'hôpital comme un mur de briques. Il est tout aussi clair que dans un domaine comme celui-ci, avec les dépenses très

There cannot be a revolutionary change. The strategy ought to be to make the first baby step the one that makes the future steps easier.

How to begin to handle some home care costs in a way that would meet two criteria? First, it would be ring-fenced in the sense that what was included would be clear. Second, it would be justifiable in the sense that costs relate to things that would historically have been provided in hospitals but are no longer provided because they need not be.

Have you any thought as to how we can wrestle with that problem?

Mr. Coyte: I mentioned a solution at the end of my introductory remarks. The work that was done for the restructuring commission in Ontario five to six years ago —

The Chairman: Duncan Sinclair's commission.

Mr. Coyte: Yes, Wendy Young and I were charged to look at a small component of it. We recognized that the restructuring of the hospital sector required the need for some follow-up investment or reinvestment of funds in the home care sector.

We looked at conditions such as cardiovascular conditions, musculoskeletal conditions and so forth, from which patients went from the hospital into the community, and we followed up on those individuals. Most, as Mr. Hollander mentioned, would receive care prior to hospitalization on an ongoing basis after even 90 days. They represented only about 5 per cent of the clients. Remember, the vast majority of people who use hospitals are under 65 years of age.

Looking at those individuals using home care following their hospital stay, we looked at a 90-day period from the day of discharge, and for each of those major clinical groups, we added up the costs of home care that an individual received. For individuals diagnosed with something like AIDS, obviously, there were significant expenditures in the community thereafter.

The Chairman: After the 90 days?

Mr. Coyte: No, within the 90-day period. For individuals who received hospitalization because of a joint replacement procedure, either knee or hip replacement, the need for home care on average was at a cost of about \$1,000. Immediately, based upon clinical criteria, you could identify a predefined capitated payment arrangement that would vary based upon the major reason for hospital admission and would then be able to cover nursing, rehab and support services once discharged. It would be a clinically based, condition-based method of doing that.

importantes qui le caractérisent, les progrès se réaliseront nécessairement par petite étape. Il ne peut y avoir de changement révolutionnaire. Notre stratégie devrait donc être de nature très progressive, c'est-à-dire qu'il faut prendre la première petite mesure qui va nous faciliter les étapes futures.

Comment donc peut-on organiser les dépenses engagées pour les soins à domicile de manière à respecter deux critères: d'abord, ces dépenses seraient limitées en ce sens que les services assurés seraient clairement définis; et deuxièmement, ces dépenses seraient justifiables, en ce sens que les coûts seraient liés aux soins ou services traditionnels assurés dans les hôpitaux mais qui ne le seraient plus, parce que ce ne serait plus nécessaire.

Avez-vous des idées concernant ce qu'on peut faire à cet égard?

M. Coyte: J'ai évoqué une solution potentielle à la fin de mes remarques liminaires. Le travail réalisé pour la commission ontarienne sur la restructuration il y a cinq ou six ans...

Le président: Celle présidée par Duncan Sinclair.

M. Coyte: Oui. Wendy Young et moi-même avons été chargés d'examiner un élément de ce projet de restructuration. Nous avons conclu que la restructuration du secteur hospitalier nécessiterait des investissements ou le réinvestissement de certains crédits dans le secteur des soins à domicile.

Nous avons examiné différents troubles médicaux, tels que les affections cardiovasculaires ou musculosquelettiques, et cetera. ou les personnes qui en sont atteintes sont directement prises en charge par la collectivité dès qu'elles sortent de l'hôpital, et nous avons donc suivi ce genre de patients. Comme le disait M. Hollander, la plupart d'entre eux recevraient normalement des soins continus avant d'être hospitalisés et après également, même pendant plus de 90 jours. Ces personnes ne représentent que 5 p. 100 des clients. Rappelez-vous que la grande majorité des gens qui sont hospitalisés ont moins de 65 ans.

Pour ce qui est des personnes qui ont recours aux soins à domicile suivant leur séjour à l'hôpital, nous avons examiné des cas de ce genre en fonction d'un délai de 90 jours à compter de la date de sortie de l'hôpital, et pour chacune de ces catégories cliniques, nous avons calculé le coût des soins à domicile reçus par les malades concernés. Pour des personnes atteintes d'une maladie comme le SIDA, par exemple, les dépenses devant être supportées par la collectivité par la suite étaient importantes.

Le président: Après que le délai de 90 jours s'était écoulé?

M. Coyte: Non, pendant ce délai de 90 jours. Dans le cas des personnes hospitalisées pour se faire mettre une prothèse de hanche ou de genou, le coût des soins à domicile s'est monté en moyenne à environ 1 000 \$. Tout de suite, en se fondant sur les données cliniques, on peut concevoir une formule de capitation prédéfinie qui serait variable, selon le principal motif de l'hospitalisation, et couvrirait le coût des soins infirmiers, de la réadaptation et des services de soutien du patient dès sa sortie de l'hôpital. Ce serait une méthode basée sur les faits cliniques et l'affection concernée.

When we produced a report for the restructuring commission, one of the draft recommendations was that the reinvestment of funds might indeed be an add-on to a hospital budget, and the hospitals could thereby manage those funds because there would be a degree of flexibility to internalize any potential cost savings by reducing the need for in-patient beds, shortening the length of stay, and refunnelling the funds into the community.

It turns out that was a hot potato politically.

The Chairman: Why?

Mr. Coyte: There was a perception, particularly amongst those in the home and community care sector, that they needed some guarantee that the funds would flow towards them. There was a concern that the hospital sector might take those additional funds and use them for in-patient days of care, although the incentives seemed clear that they would not use them exclusively for in-patient care. There is a degree of tension between different groups and a lot of anxiety and unease with respect to the hospital when perceived from individuals in the home and community care sector.

That was why people were concerned. They made their concerns known quite well, and we have revised the report to not include that recommendation.

I am the treasurer for North York's Community Care Access Centre and what we have seen is a phenomenal increase in hospital referrals, and we have seen a reduction from the community. Individuals can self refer or their family physicians can refer them. Our caseload has changed from almost a 50/50 split five years ago between hospital referrals and community referrals to a significantly larger emphasis upon hospital referrals, mainly because home care programs cannot say "no" to hospitals that are requesting home care for their clients. If they were to say "no" on a significant basis, it would provide more ammunition for the politicians to reallocate funds from home care programs and put them into acute care programs. In some ways, the home care programs are bending over backwards to service the needs of the acute care sector, but they still have control over those particular funds. In some jurisdictions, control may be less clear than in others.

The Chairman: You have suffered from the same thing that various levels of government have suffered, namely, that senior levels of government have offloaded expenses to juniors, who, in turn, offload them to municipalities.

Mr. Coyte: There is a trickling-down effect of every government decision.

Dans le rapport que nous avons rédigé à l'intention de la commission sur la restructuration, l'une des recommandations formulées au départ était que les crédits réinvestis viennent s'ajouter au budget des hôpitaux, pour que ces derniers puissent administrer eux-mêmes cet argent et bénéficier ainsi d'une certaine latitude pour internaliser les économies potentielles en réduisant le nombre de lits d'hôpitaux et la durée des séjours, et en réacheminant les fonds ainsi économisés vers la collectivité.

Cette idée s'est révélée fort épineuse sur le plan politique.

Le président: Pourquoi?

M. Coyte: Parce que certains, notamment ceux qui travaillent dans le secteur des soins à domicile et communautaire, estimaient qu'il leur fallait une garantie que ces crédits leur seraient réellement affectés. Ils craignaient que les hôpitaux gardent ces fonds additionnels pour financer les soins en établissement, même si les mesures d'incitation dont il était question semblaient clairement indiquer que ces fonds ne pourraient servir exclusivement à financer les soins en établissement. Il existe cependant des tensions entre les divers groupes et les gens qui oeuvrent dans le secteur des soins à domicile communautaires, ont de grandes inquiétudes concernant le comportement potentiel des hôpitaux.

C'est pour cela que les gens avaient des réticences face à cette idée. Ils nous les ont clairement communiquées, et nous avons donc modifié le rapport en supprimant cette recommandation-là.

Je suis trésorier du North York's Community Care Access Centre, et nous constatons justement une augmentation phénoménale du nombre de personnes aiguillées vers le Centre par les hôpitaux, alors que les services de la collectivité nous renvoient moins de clients. Les gens peuvent décider de s'adresser au Centre directement ou passer par leur médecin de famille. Notre charge professionnelle a évolué: il y a cinq ans, un nombre égal de clients qui s'adressaient au Centre y avaient été aiguillés par les hôpitaux et les services communautaires alors qu'à l'heure actuelle, il y en a beaucoup plus qui nous sont renvoyés par les hôpitaux, surtout parce que les responsables des programmes de soins à domicile ne peuvent dire «non» aux hôpitaux qui demandent que leurs clients reçoivent des soins à domicile. S'ils disaient «non» trop souvent, les politiciens pourraient plus facilement justifier la réaffectation des fonds qui seraient normalement affectés aux programmes de soins à domicile aux programmes de soins actifs. À certains égards, les programmes de soins à domicile font l'impossible pour répondre aux besoins du secteur des soins actifs, alors que ce dernier contrôle toujours les crédits en question. Dans certaines provinces, la question du contrôle est peut-être moins claire.

Le président: Vous avez subi les mêmes difficultés que d'autres paliers de gouvernement, à savoir que les niveaux d'administration supérieurs se sont déchargés sur les niveaux d'administration inférieurs, qui se sont ensuite déchargés sur les municipalités.

M. Coyte: Toutes les décisions gouvernementales ont des répercussions sur les paliers inférieurs.

The Chairman: You are at the bottom of the chain in this case.

Mr. Coyte: We are the bottom-feeders, yes.

The Chairman: You referred to your draft recommendation. Could you send us the data you collected? If you have a copy of your draft recommendation, that would be helpful as well.

Mr. Coyte: I will follow it up.

The Chairman: Mr. Hollander, do you wish to comment on this discussion?

Mr. Hollander: If you want to set up hospital replacement type of home care, there are mechanisms available to do that. You could target funding or have a federal-provincial agreement.

The Chairman: The Carelinks program did that. Is that right?

Mr. Hollander: No, they did something a bit different. You are talking about a change in the way we organize services in the health care system to focus more on short-term replacement home care.

As I said, there are ways you can do it, but there will be consequences to those actions. It will be difficult to implement because many people are already on home care services. You will have to negotiate who looks after the person; the hospital outreach person, or the person in the community.

If people work in the hospital and do hospital outreach, they may not be as well informed about the available community services. Also, many people come in from more rural areas and receive care. You cannot do a hospital outreach if the person lives 300 miles away.

The main concern I have is that you will be driving a wedge between health care and medical care. You will be focusing on medical care and over time there will erode the supportive services and the policies that surround people with ongoing care requirements. It will create a situation where we will have "fixed" home care. You need to address what you want to recommend for people who have ongoing care needs.

The Chairman: You said we would be "driving a wedge between medical care and home care."

Mr. Hollander: And health care.

The Chairman: That wedge exists today. It is called medicare and the Canadian Health Act. Do you agree with that?

Mr. Hollander: No, I do not agree with that.

Le président: Et en l'occurrence, vous vous trouvez au bas de l'échelle.

M. Coyte: Oui, tout à fait.

Le président: Vous avez parlé de votre recommandation initiale. Pourriez-vous nous faire parvenir les données que vous avez rassemblées? Et si vous avez une copie de cette première recommandation, nous vous saurions gré de bien vouloir nous l'envoyer aussi.

M. Coyte: Oui, je m'en charge.

Le président: Monsieur Hollander, voulez-vous intervenir?

M. Hollander: Si vous voulez prévoir des soins à domicile qui se substitueront aux soins en établissement, il existe déjà des mécanismes qui vous permettraient de le faire. Vous pourriez opter pour un mécanisme de financement ciblé ou encore conclure une entente fédérale-provinciale.

Le président: C'est ce qui a été fait dans le cadre du programme Carelinks, n'est-ce pas?

M. Hollander: Non, pas tout à fait. Vous parlez plutôt d'un nouveau mode d'organisation des services assurés par le système de soins en vue de mettre davantage l'accent sur les soins à domicile comme soins de remplacement à terme de ceux assurés en établissement.

Comme je vous l'ai déjà dit, il y a diverses façons d'y parvenir, mais cela suppose certaines conséquences. D'abord, ce serait difficile à mettre en oeuvre, étant donné que beaucoup de gens bénéficient déjà de soins à domicile. De plus, il faudra négocier la prise en charge des malades; il faudra déterminer si c'est le programme d'approche de l'hôpital ou les responsables communautaires qui vont s'en charger.

Si on parle de gens qui travaillent à l'hôpital et assurent des services de liaison, ces derniers peuvent ne pas être bien informés des services communautaires qui sont disponibles. De plus, il y a beaucoup de gens qui viennent des régions rurales pour recevoir des soins. Vous ne pouvez pas assurer des services d'approche si le client habite à 400 kilomètres.

Ce qui m'inquiète le plus, c'est qu'on crée une cloison entre les soins de santé et les soins médicaux. Si vous mettez l'accent sur les soins médicaux, il est possible qu'on assiste avec le temps à une érosion des services de soutien et des politiques qui visent les personnes ayant besoin de soins de longue durée. Cela risque de créer une situation où on aura des soins à domicile «fixes». Il faudrait donc que vous vous penchiez sur la question de savoir ce qu'il faut recommander à l'égard des personnes ayant besoin de soins prolongés.

Le président: Vous avez dit que cela risque de créer une cloison entre les soins médicaux et les soins à domicile.

M. Hollander: Et les soins de santé.

Le président: Mais cette cloison existe déjà. Ça s'appelle le système d'assurance-santé et la Loi canadienne sur la santé. Vous êtes d'accord?

M. Hollander: Non, pas du tout.

The Chairman: In the sense that the Canada Health Act is not the Canada Health Act; it is a hospital and doctor act.

Mr. Hollander: If you look at the services provided under provincial ministries of health, you will find a wide range of services beyond hospital and medical services, including most of the types of services that I am talking about today.

The Chairman: I agree with that. However, I am talking from the federal perspective.

Mr. Hollander: Again, with all respect, these services are called extended health care services and are incorporated in the Canada Health Act. They are simply not insured services, but they are services under the act.

The Chairman: I am trying to understand why broadening the definition of what was insured creates a problem for you.

Mr. Hollander: I am certainly not against broadening the definition. My understanding of what you were asking was: What was our view on a home care model that focused more on replacement for hospital services?

The Chairman: In that case, I did not explain myself. My question is: What is your view on expanding the insured coverage to include coverage for immediate post-acute release from the hospital care, as opposed to extending it to include all home care?

Mr. Hollander: Again, that would be fine, and it would be helpful to many people. You would be focusing on the hospital replacement portion of home care by doing so. I think there are consequences to that action. Perhaps I do not understand your question. If you were asking about an expanded range of services to come under the Canada Health Act that would benefit people in the longer term, I would agree with that.

Ms Hansen: Our program started primarily with a substitution replacement function and grew rapidly from there. We were not a hospital outreach program, but a separate, distinct entity.

The Chairman: Can you explain what you mean by a "hospital outreach program"?

Ms Hansen: The service providers come from the hospital and provide the care in the community. Community care is not hospital care. Service providers in the community are very different from service providers that function in the hospital. We often say that our service providers are specialists in the provision of home health care. We are very particular as to what type of service provider we hire.

Le président: Je veux dire par là que la Loi canadienne sur la santé ne concerne pas vraiment les soins de santé; elle concerne plutôt les hôpitaux et les médecins.

M. Hollander: Si vous examinez la liste des services assurés par les ministères provinciaux de la Santé, vous allez voir qu'il s'agit d'une vaste gamme de services qui dépassent de loin les soins assurés par les hôpitaux et les soins médicaux, y compris la plupart des types de services dont je vous parle aujourd'hui.

Le président: Je suis d'accord. Mais moi, je vous parle de l'optique fédérale.

M. Hollander: Encore une fois, sans vouloir vous contredire, il s'agit de ce qu'on appelle les services de santé complémentaires qui sont justement inscrits dans la Loi canadienne sur la santé. Il ne s'agit pas simplement de services assurés; ce sont des services prévus par la Loi.

Le président: J'essaie de comprendre pourquoi l'élargissement de la définition des services assurés vous semble tellement problématique.

M. Hollander: Je ne suis pas du tout contre l'idée d'élargir la définition. Moi, j'avais compris que vous me demandiez ce que nous pensons d'un modèle de soins de santé qui met davantage l'accent sur le remplacement des services hospitaliers.

Le président: Je me suis peut-être mal exprimé. Ma question est celle-ci: Que pensez-vous de l'idée d'élargir la protection actuelle pour comprendre les soins ou services post-soins actifs immédiats prodigués aux patients qui quittent rapidement l'hôpital, par opposition à la possibilité d'assurer tous les soins à domicile?

M. Hollander: Encore une fois, je n'ai rien contre, car je pense que ça aiderait bien des gens. Ainsi vous mettriez l'accent sur l'aspect remplacement des soins hospitaliers du programme de soins à domicile. Pour moi, cela suppose certaines conséquences. Peut-être que je ne comprends pas bien votre question. Si vous me demandez s'il convient de prévoir une gamme élargie de services aux termes de la Loi canadienne de la santé qui profiteraient aux citoyens à long terme, je serais tout à fait d'accord là-dessus.

Mme Hansen: Au départ, notre programme a visé surtout à assurer des soins et services de substitution mais il a rapidement pris de l'expansion. Le PEM ne s'appuyait pas sur le modèle du programme d'approche qu'on trouve dans les hôpitaux, mais constituait vraiment quelque chose de tout à fait distinct.

Le président: Pourriez-vous me dire ce que vous entendez par «programme d'approche ou de liaison» en milieu hospitalier?

Mme Hansen: Cela signifie que les fournisseurs de soins viennent de l'hôpital et prodiguent les soins requis au sein de la collectivité. Les soins communautaires ne sont pas équivalents aux soins hospitaliers. Les fournisseurs de soins communautaires sont très différents de ceux qui travaillent en milieu hospitalier. Nous disons souvent que nos fournisseurs se spécialisent dans la prestation de soins de santé à domicile. En ce qui concerne le recrutement des différents fournisseurs de soins, je dois dire que nous sommes très exigeants.

We often describe ourselves as the bridge between hospital and community, and oftentimes that we have a foot in both doors. We are a sort of link and consider that to be one of our strengths. We are very involved in long-term care, continuing care, and rehabilitation services. Clients move back and forth. A long-term care client can suddenly become an acute care client and then go back to long-term care services, or become a palliative client. We have service providers that address all of those needs.

There is a big difference between a hospital outreach program and a community-based program.

Senator Keon: Ms Hansen, I think you have the best home care program in the country.

Ms Hansen: Thank you. So do we.

Senator Keon: How do you handle a conundrum like this? A patient gets into your system, let us say after a small stroke. You care for this patient, and you help in his rehabilitation, as best you can. Then the patient has another stroke, and it becomes obvious that he is going nowhere, but that he will need to be somewhere for a long time. This person is in your program. Can you go on taking care of him in some capacity for four-or-five years, or do you have to link to another service?

Ms Hansen: It depends on what the patients' needs are. We certainly do provide long-term professional health services, when required. If that individual requires long-term support service, we can complete the assessment, and put the services in place. The difference is that the funding comes from a different department. We have a single entry for those types of services. A client can knock on one of three doors: our door, the mental health services door, or the department of family and community health and services door, and have an assessment for long-term support services.

There is no cut-off, if that is what you are asking. There is not a point where a patient has reached his limit of service. If professional health care services are required, we continue to provide them.

Senator Keon: Could you tell me how you would make the transition from your program to the community services program?

Ms Hansen: The client would probably not see a transition, because we are qualified to do that assessment and to put in the services in place. A different department would pay for the services, but the client would not necessarily know that was happening. In the delivery of community services there are many players. We also do case management which is key in the delivery of community-based services. We assign a primary service

Nous nous décrivons souvent comme étant une sorte d'intermédiaires entre l'hôpital et la collectivité, et il est vrai que nous avons souvent un pied dans les deux camps. Nous assurons la liaison entre ces deux milieux et nous considérons que c'est l'une de nos forces. Nous assurons beaucoup de soins de longue durée, de soins prolongés et de services de réadaptation. Les clients passent entre les deux milieux. Un client recevant des soins de longue durée peut tout d'un coup avoir besoin de soins actifs et redevenir ensuite un client recevant des soins de longue durée ou des soins palliatifs. Nous avons des fournisseurs de services qui sont en mesure de répondre à tous ces besoins.

Il y a donc une grande différence entre un programme d'approche en milieu hospitalier et un programme communautaire.

Le sénateur Keon: Madame Hansen, j'estime que vous avez le meilleur programme de soins à domicile dans tout le Canada.

Mme Hansen: Merci. Nous sommes du même avis.

Le sénateur Keon: Que faire face à un dilemme pareil? Disons qu'un malade est pris en charge par votre programme, après un petit accident cérébrovasculaire. Vous soignez ce malade et vous lui assurez des services de réadaptation dans les limites de vos capacités. Mais après un autre accident cérébrovasculaire, il devient clair que ce malade ne pourra pas se passer de soins, et qu'il devra recevoir des soins pendant longtemps. Si cette personne bénéficie de services dans le cadre de votre programme, êtes-vous en mesure de continuer à lui prodiguer certains soins pendant quatre ou cinq ans, ou êtes-vous obligés à ce moment-là de l'aiguiller vers un autre service?

Mme Hansen: Tout dépend des besoins des patients. Nous assurons évidemment des soins de santé professionnels de longue durée lorsque de tels soins sont requis. Si le client a besoin de services de soutien à long terme, nous procéderons à une évaluation de ses besoins, et nous organiserons les services qu'il lui faut. La seule différence à ce moment-là, c'est que les crédits viennent d'un autre ministère. Il y a un seul point d'entrée au système pour ce genre de services. Un client peut frapper à une de trois portes: la nôtre, la porte des services de santé mentale, ou la porte du ministère de la Famille et des Soins et Services de santé communautaires, et demander à faire l'objet d'une évaluation en vue de services de soutien de longue durée.

Autrement dit, il n'y a pas de limite, si c'est ça que vous me demandez. Il n'y a pas un moment où l'on dira au client qu'il a atteint sa limite. S'il a besoin de services de santé professionnels, nous continuerons à lui en fournir.

Le sénateur Keon: Pourriez-vous donc m'expliquer comment on fait la transition entre votre programme et le programme de services communautaires?

Mme Hansen: Pour le client, il n'y aurait pas de véritable transition, puisque nous avons la compétence requise pour faire l'évaluation des besoins et organiser les services en conséquence. Un autre ministère paie les services, mais le client peut ne pas savoir que c'est le cas. De nombreux intervenants différents assurent la prestation des services communautaires. De plus, nous assurons la prise en charge des clients, qui est un élément critique

provider rather than case manager and that individual is responsible for ensuring the whole delivery of services to meet the needs of the client family.

Senator Keon: In many provinces, that is the time when the patient and family are facing tremendous financial hardship.

How do you avoid that situation?

Ms Hansen: We have a means test in our province for our support services. There is a component of determination of financial status and ability to determine whether the patient can contribute to the cost of home support. There is no cost for the home health care component. There may be a cost for home support.

Senator Keon: The Meals on Wheels and so on?

Ms Hansen: Correct.

Senator Keon: Mr. Coyte, you have said that a one-fifth of home care services are private. We have a \$3.5 billion program. Roughly, \$700 million is spent on private expense expenditure on home care country-wide. I think that is a low figure, but I want you to convince me that I am wrong. Are the drugs covered in those figures?

Mr. Coyte: The \$700 million figure is based on Statistics Canada estimates from household expenditure surveys, which are age and sex adjusted. Those figures came out in March 2001.

I do not know whether drugs are included in those figures. Estimates that I acquired by talking to members of the board of our research centre, which is composed of the Victorian Order of Nurses, St. Elizabeth Health Care, Comcare Health Care Services and We Care Health Care Services are similar to those figures. They provided their revenue sources that were divided into sources that came from different levels of government, and revenue that came from nursing personal support, and other therapy services, from either insurance payments or the clients' pocket.

In that case, \$1 in \$5 was from the private sources and 80 per cent was from public sources. Statistics Canada figures were consistent with the figures from Ontario and from coast to coast to coast, in terms of providing care. I am comfortable with the level of service provision figure of about \$700,000 from the private sector. Whether all the equipment and other drugs and miscellaneous supplies are included, I am not quite sure.

dans la prestation des services communautaires. Nous y affectons un fournisseur de services primaires, plutôt qu'un agent de gestion des cas, et cette personne est chargée d'organiser la prestation de toute la gamme de services qui permettront de répondre aux besoins du client et de sa famille.

Le sénateur Keon: Dans bien des provinces, c'est justement pendant cette période que le malade et sa famille connaissent de graves difficultés financières.

Comment éviter une telle situation?

Mme Hansen: Dans notre province, nous procédons à un examen des ressources du client dès lors qu'il est question de services de soutien. Nous évaluons entre autres la situation financière du client et sa capacité de supporter une partie des dépenses liées aux services de soutien. Aucun paiement n'est exigé pour les soins de santé assurés à domicile, mais il peut y avoir des frais pour les services de soutien à domicile.

Le sénateur Keon: Vous parlez de services tels que la livraison des repas à domicile, et ce genre de choses?

Mme Hansen: C'est exact.

Le sénateur Keon: Monsieur Coyte, vous avez dit qu'un cinquième des services et soins à domicile est fourni par le secteur privé. Le coût global de notre programme est de 3,5 milliards de dollars. Les dépenses engagées au titre des soins à domicile assurés par le secteur privé se montent à environ 700 millions de dollars pour tout le Canada. Cela ne me paraît pas beaucoup, mais j'aimerais que vous me convainchiez que j'ai tort. Ce montant comprend-il les médicaments?

M. Coyte: Ce chiffre de 700 millions de dollars est tiré des estimations de Statistique Canada qu'on trouve dans les enquêtes sur les dépenses des ménages, rectifiées selon l'âge et le sexe. Ces chiffres sont sortis en mars 2001.

Je ne sais pas si ce montant comprend les médicaments. Les estimations que j'ai obtenues grâce à mes discussions avec les administrateurs de notre centre de recherche, auquel sont représentés les infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, St. Elizabeth Health Care, Comcare Health Care Services et We Care Health Care Services, sont semblables. Ils nous ont fourni des données sur leurs sources de revenus, répartis selon que ces derniers provenaient de différents paliers de gouvernement, du paiement des services infirmiers de soutien personnel, du paiement d'autres services thérapeutiques, de paiements d'assurance ou des clients eux-mêmes.

Selon ces données, 1 \$ de revenu sur 5 \$ provenait de sources privées, par rapport à 80 p. 100 qui étaient de sources publiques. Les chiffres de Statistique Canada cadraient avec ceux de l'Ontario et de toutes les autres régions du pays, d'ailleurs, pour ce qui est du coût des soins et services de ce genre. Disons que ce chiffre de 700 000 \$ pour les dépenses attribuables aux services privés me paraît assez exact. Mais quant à savoir si le coût de tous les équipements, médicaments et fournitures diverses est compris ou non, je ne peux pas vous le dire.

Senator Keon: I would like to discuss your work with the Sinclair Commission. Hospital restructuring was difficult in some areas, for example, here in Ottawa, because the commission did not look at the big picture. Hospitals were restructured in isolation.

Do you think that the big mistake was that they did not go to regionalization before restructuring the hospitals? They could have looked at home care, continuing care and chronic care, rather than just restructuring the hospitals.

Mr. Coyte: The restructuring commission looked at a number of sectors including primary care and made some recommendations and had vision statements with respect to the centrality of primary care. It moved forward in its business by, first, providing a significant emphasis upon the consolidation of the hospital sector. There was then recognition that there was a need to develop some estimates for the infusion of funds in terms of home care.

We found in Ontario that for every \$6 that was removed from the hospital budget essentially only \$1 was reinvested in home and community care. There was a significant seepage of funds out of the health care budget as a result of restructuring. There was some consideration of the number of long-term beds.

I made comments about that in a report that we released last week in Ontario. I noted that perhaps the restructuring commission was a little bit overzealous in terms of building long-term care beds in Ontario.

I am not sure that a regional government would have resulted in better estimates. Of course, when the restructuring commission toured the province, there were attempts to focus on communities. There were the Thunder Bay reports and attention on Ottawa-Carleton, and so on.

There was some degree of consideration of a number of interrelationships concerning the components of care in each jurisdiction, but it tended to be done first with hospital restructuring, then with parallel post-acute home care and long-term care beds.

Senator Keon: I will talk to you privately about that some time, because I could talk to you about that for a long time.

As you know, I submitted a brief to you. You should have done what I said, and those problems would not have occurred.

Mr. Hollander, I want to pursue the same issue with you. You began talking about cost effectiveness. In this province, hospital restructuring, which is all the health restructuring fundamentally that we have had to date, costs have gone up enormously. The

Le sénateur Keon: Je voudrais discuter avec vous du travail que vous avez fait pour la Commission Sinclair. La restructuration des hôpitaux était problématique dans certaines régions — par exemple, ici à Ottawa — parce que la Commission n'a pas adopté une vue d'ensemble. Ainsi les hôpitaux ont été restructurés sans tenir compte de la situation globale dans la région.

À votre avis, a-t-elle commis une erreur en n'optant pas pour un processus de régionalisation avant de restructurer les hôpitaux? Elle aurait pu tenir compte de la situation relative aux soins à domicile, aux soins prolongés et aux soins assurés aux malades chroniques, au lieu de se contenter de restructurer les hôpitaux.

M. Coyte: La commission sur la restructuration a tenu compte de la contribution de plusieurs secteurs différents, y compris celui des soins primaires, et a formulé des recommandations et l'énoncé de vision qui insistait sur l'importance des soins primaires. Elle a procédé d'abord en mettant beaucoup l'accent sur la consolidation du secteur des hôpitaux. Elle a ensuite reconnu qu'il fallait préparer des estimations des sommes à investir dans les soins à domicile.

En Ontario, nous avons constaté que pour 6 \$ retirés du budget d'un hôpital, seulement 1 \$ était réinvesti dans les soins à domicile et communautaires. Ainsi il y a des sommes importantes qui ont été supprimées du budget sanitaire à cause de la restructuration. On a aussi tenu compte du nombre de lits disponibles pour les soins de longue durée.

J'en ai justement parlé dans un rapport que nous avons publié en Ontario la semaine dernière. J'ai fait observer que la commission sur la restructuration avait peut-être été un peu trop zélée pour ce qui est de prévoir des lits pour des soins de longue durée en Ontario.

Je ne suis pas sûr qu'une administration régionale nous aurait fourni de meilleures estimations. Évidemment, lorsque la commission sur la restructuration a fait le tour de la province, elle a essayé de se concentrer sur les besoins précis des collectivités visitées. Il y a eu des rapports sur la situation à Thunder Bay, dans Ottawa-Carleton, etc.

Elle a également examiné jusqu'à un certain point l'interdépendance des diverses composantes du système de soins de chaque administration, mais en passant d'abord par la restructuration des hôpitaux, ensuite les soins à domicile post-soins actifs parallèles, et les lits destinés aux clients recevant des soins de longue durée.

Le sénateur Keon: Je voudrais en discuter avec vous en privé un jour, parce que j'aurais beaucoup de choses à dire à ce sujet.

Comme vous le savez, j'ai soumis un mémoire à votre examen. Si vous aviez suivi mes conseils, ces problèmes ne se seraient pas produits.

Monsieur Hollander, je voudrais aborder la même question avec vous. Vous avez parlé de coût-efficacité. Dans cette province, à la suite de la restructuration des hôpitaux — et c'est la seule restructuration du système de soins que nous avons connue

health care budget has risen enormously. We cannot cope with the situation that we have in some cities.

Do you think that we can have appropriate continuity of community care, home care, chronic care, and so on, without regional health authorities in a big province of 10 million people? I will not take you outside of Ontario.

Mr. Hollander: I believe that it can be done. I was responsible for the continuing care system in British Columbia in the mid-1980s and early 1990s. We had a well-integrated model. We had a number of international people come and look at the model and try to learn from it. They said that they thought it was one of the premier systems in the world at that time.

It is the building block for the model that I have proposed here. It is based on my experience.

At that time, we had health units across the province and continuing care administrators in each of the health units. We were able to run a provincial system in a reasonably effective manner by having people at the regional level but without having regional health authorities necessarily.

The big advantage that we had, and this gets to the issue of cost savings and cost effectiveness, is that we had one administrative entity, which was the continuing care division. We had one budget allocation for the division.

We could do a number of things. For example, we developed a planning and resource allocation model for the entire province and for the entire system, not just residential beds or home care services. In a structured and proactive manner, we were able to take money from Treasury Board that was given to us for increases in utilization and put them into the home care side and restrict the building of facility beds. Thereby, we affected a significant transfer of funds from residential services to community services on an ongoing basis for a certain period of time.

This single administration and single funding envelope gave us much more freedom to manoeuvre things within that entire system of care. To my way of thinking, this broader system allows for more efficiency than you have in more splintered approaches.

We were a large division and the Executive Director of Hospital Care and I had offices beside one another. A broader system with a senior person at the head would enable better negotiation of arrangements with hospitals. In the broader system you can bring about these types of substitutions and make the entire system more cost-effective.

The Chairman: You were able to break down the silos, but not because it was organized that way deliberately.

jusqu'ici — les coûts ont beaucoup augmenté. Le budget affecté aux soins de santé a considérablement augmenté. Dans certaines villes, la situation est à ce point grave que nous ne nous en sortons plus.

Est-il possible, d'après vous, d'assurer la continuité des soins communautaires, des soins à domicile, des soins assurés aux malades chroniques, etc., sans avoir de régies régionales de la santé dans une province ayant des millions d'habitants? Pour l'instant, parlons uniquement du cas de l'Ontario.

M. Hollander: À mon avis, c'est possible. J'étais responsable du système de soins prolongés en Colombie-Britannique vers le milieu des années 80 et au début des années 90. Nous avons un modèle bien intégré. Nous avons invité bon nombre d'experts internationaux à venir examiner notre modèle pour essayer de tirer certains enseignements. Ils nous ont dit qu'à leur avis, c'était l'un des meilleurs systèmes au monde à l'époque.

C'est l'une des composantes de base du modèle que j'ai proposé, qui est fondé sur mon expérience.

À l'époque, nous avions des unités de soins dans toute la province et des responsables des soins prolongés dans chaque unité. Nous avons réussi à administrer notre régime provincial relativement efficacement, en ayant des responsables régionaux, mais pas nécessairement des régies régionales de la santé.

Le grand avantage que nous avons comparativement à d'autres — et c'est en rapport avec la question des économies possibles et le rapport coût-efficacité — c'est que nous avons une seule entité administrative, soit la division des soins prolongés. Il y avait une seule enveloppe budgétaire pour la division.

Ainsi nous avions la latitude de faire toutes sortes de choses. Par exemple, nous avons élaboré un modèle de planification et d'affectation des ressources pour l'ensemble de la province et l'ensemble du système — c'est-à-dire, pas seulement pour les lits en établissement ou les services de soins à domicile. De façon structurée et proactive, nous avons pu utiliser les crédits qui nous étaient affectés par le Conseil du Trésor afin de répondre à la demande accrue de services pour financer les soins à domicile et limiter la création de lits en établissement. Ainsi nous avons pu réaliser le transfert aux services communautaires de sommes importantes qui auraient normalement été affectées aux services en établissement, et ce pendant un certain temps.

Le fait d'avoir une seule entité administrative et une seule enveloppe budgétaire nous a donné la marge de manoeuvre requise pour réorganiser les services dans l'ensemble du système de soins. À mon avis, un système plus global, comme celui-ci, garantit une plus grande efficacité par rapport à une approche fragmentaire.

Nous étions une grande division et le directeur général des Soins hospitaliers et moi-même avions nos bureaux l'un à côté de l'autre. Un système plus global chapeauté par un directeur permet de négocier des ententes plus intéressantes avec les hôpitaux. Dans le cadre d'un système global, vous avez la possibilité de faire des substitutions et de rehausser la rentabilité de tout le système.

Le président: Vous avez réussi à décroquer le système, mais pas parce que vous l'avez réorganisé dans ce but précis.

Mr. Hollander: It was a bit of both. We were able to break down the silos because we had everything under one administration and one budget. Within that group of services, we could make policy for the system, not just for residential or community-based services. We could make proactive choices about shifting money, and so on.

The other part of it was, because we were a large program, the head of the program had enough clout within the system to be able to negotiate on a more equal basis with physician services, with hospital services, and with provincial systems' associations of care.

The Chairman: It was a combination of the two.

Mr. Hollander: Yes.

Senator LeBreton: Home care takes on many definitions and people, depending on their needs or where they live, have different expectations of what home care means. Often, it relates directly to a situation they find themselves in.

Mr. Coyte, you said home care is broken into basically two categories: Short-term patients who leave the hospital before 13 weeks; and the long-term patient that in some cases needs care until he passes on. In the short-term, you spoke of two-thirds of the care is from nurses, and the other one-third is evenly divided by the health care professionals. Is that correct?

Mr. Coyte: Yes.

Senator LeBreton: Regarding the long-term care, after 13 weeks, 60 per cent of the care given is personal care, and the remaining care is from nurses. Personal care means family members. Is that correct?

Mr. Coyte: No, that is from personal support workers.

Senator LeBreton: Where do family members come in? When people are in long-term home care, it is often family members that have had to give up their regular jobs to take care of the patient. This creates a subsidiary health care issue in the family, perhaps with the care-giver. How do you compensate these people in a perfect home care system? Do you give them tax breaks? Perhaps they want to continue working. How do you deal with the family members?

Mr. Coyte: The most recent statistics suggest there are about 3 million caregivers in Canada who are providing care, both to those requiring care on a short-term basis as well as those requiring care on a long-term basis. Many of those care givers are partners, children of those partners, and friends as well.

M. Hollander: Je dirais que c'était un peu des deux. Si nous avons réussi à décloisonner le système, c'est parce que toutes nos activités relevaient d'une seule entité administrative et étaient payées à partir d'un seul budget. Par rapport à cet éventail de services, nous avons la possibilité de définir des politiques pour l'ensemble du système, et pas seulement pour les services en établissement ou communautaires. Nous étions à même de faire des choix proactifs concernant la réaffectation des fonds, etc.

En outre, comme nous administrons un programme de grande envergure, le directeur du programme jouissait de suffisamment d'influence auprès d'autres intervenants clés pour négocier d'égal à égal avec les responsables des services des médecins, des services hospitaliers et des associations provinciales de soins.

Le président: C'était les deux, donc.

M. Hollander: Oui.

Le sénateur LeBreton: Il y a toutes sortes de définitions des soins à domicile et, selon leurs besoins et la région qu'ils habitent, les gens peuvent avoir des attentes différentes. Souvent leurs attentes sont directement liées à leur situation.

Monsieur Coyte, vous avez dit qu'il existe essentiellement deux catégories de soins à domicile: ceux fournis aux malades qui restent moins de 13 semaines à l'hôpital et qui ont besoin de soins de courte durée; et ceux qu'on prodigue à un malade qui requiert des soins de longue durée, peut-être jusqu'au moment de son décès. Pour ce qui est des soins de courte durée, vous disiez que les deux tiers de ces soins sont des soins infirmiers, et que l'autre tiers est réparti équitablement entre les autres professionnels de la santé. C'est bien ça?

M. Coyte: Oui, c'est ça.

Le sénateur LeBreton: S'agissant de soins de longue durée — c'est-à-dire ceux assurés après 13 semaines, 60 p. 100 des soins sont des soins personnels, et les 40 p. 100 restant sont des soins infirmiers. Quand vous parlez de soins personnels, je suppose que vous faites allusion à l'aide donnée par les membres de la famille, n'est-ce pas?

M. Coyte: Non, il s'agit de services de soutien personnel assurés par des soignants.

Le sénateur LeBreton: Qu'en est-il des membres de la famille dans ce cas? Lorsqu'une personne requiert des soins prolongés, ce sont souvent les membres de la famille qui doivent abandonner leur emploi pour s'occuper du malade. Cela crée un problème supplémentaire pour la famille, notamment pour savoir qui va soigner le malade. Dans un système parfait de soins à domicile, comment faites-vous pour indemniser ces personnes? Faut-il leur donner des dégrèvements fiscaux? Peut-être préfèrent-ils continuer à travailler. Que faites-vous donc pour les membres de la famille?

M. Coyte: Les plus récentes statistiques laissent supposer qu'il y a actuellement environ 3 millions de personnes au Canada qui soignent les personnes requérant des soins tant de courte durée que de longue durée. Bon nombre de ces soignants sont les partenaires des malades, leurs enfants ou des amis.

Not only are the formal paid providers of care predominantly women, but also those providing care services in an unpaid capacity. There is a significant component of care offered that is not captured in the \$3.5 billion industry, nor is it captured in terms of the care profile statistics that I have mentioned. We are only seeing, the tip of the iceberg in terms of dollars spent with respect to home care.

When we talk about health care, we say there is a 70 per cent/30 per cent divide between public and private expenditures on health care. In the submission by Dr. Patricia McKeever and myself, we argued that if there was a public-private divide taking into consideration the value of caregivers' time the divide may still be 70/30, but this time 30 per cent public and 70 per cent private, with a component of that being out-of-pocket or insurance-supported funds, but the vast majority being unpaid care-giving activities.

That gets to the point Mr. Hollander was making with respect to the cost effectiveness of service provision. One of the assumptions driving change is that many organizations that shift care from hospitals into the community do so by having a relatively myopic view in terms of the budget. A patient discharged from hospital is a reduction in the liabilities of the hospital sector, but an increase in the liabilities of home care. More importantly, it is a significant liability increase not only to the family members but also their associated employers. There are a number of individuals affected by minor changes within health care.

With respect to the cost effectiveness of care, while I am a professor of health economics, I think it is no secret that economics is more of an art than a science, just like medicine. There are different and competing methodologies in terms of valuing not only the direct and indirect costs of the formal care provided, but also with respect to the measurement of unpaid care-giving. Until we have a much more definitive body of knowledge, it is sometimes speculative to argue that one particular category of care is more cost effective than another for all persons at all points in time. We do not have the data to make definitive arguments.

Indeed, I am involved in two of the studies that Mr. Hollander is leading. There, with respect to lactation consultants following the birth of a pre-term or term child, the costs are no different. It is the effectiveness changes that suggest that the provision of specialized lactation consultants might be a good thing following discharge. The costs are not significantly different between the

Tant les fournisseurs officiels de soins que les personnes qui soignent les malades sans rémunération sont majoritairement des femmes. D'ailleurs, une bonne partie des soins reçus par les malades n'est incluse ni dans les 3,5 milliards de dollars — soit les dépenses qu'entraînent officiellement les services de ce secteur — ni dans les statistiques sur les soins que j'ai mentionnées. La somme citée officiellement comme correspondant aux dépenses engagées au titre des soins à domicile ne représente en réalité qu'une infime partie des dépenses réelles.

Quand on parle de soins de santé, on dit que la répartition est de 70/30 entre les dépenses sanitaires publiques et privées, respectivement. Dans le mémoire que j'ai corédigé avec la Dre Patricia McKeever, nous avons soutenu que si l'on tenait compte de la valeur de l'apport des soignants non rémunérés dans la répartition des dépenses entre les secteurs public et privé, la formule serait peut-être toujours de 70/30, mais ce serait plutôt 30 p. 100 pour les dépenses publiques et 70 p. 100 pour les dépenses privées, dont une partie correspondrait aux débours des clients ou aux dépenses remboursées par l'assurance, mais la majeure partie des coûts correspondrait aux activités des soignants non rémunérés.

Cela rejoint ce que disait M. Hollander concernant la rentabilité de la prestation des services. L'une des hypothèses qui sous-tendent les changements qui sont proposés est que bien des administrations qui transfèrent la responsabilité des soins hospitaliers vers la collectivité le font sans comprendre la nécessité de gérer leur budget globalement. Un patient qui sort de l'hôpital réduit effectivement le passif du secteur hospitalier, mais augmente d'autant celui du secteur des soins à domicile et ce qui est encore plus important, c'est que cela représente des dépenses importantes, non seulement pour les membres de la famille, mais pour leurs employeurs. Même des changements mineurs au sein du système de soins de santé toucheraient beaucoup de citoyens.

En ce qui concerne la rentabilité des soins, bien que je sois professeur d'économie de la santé, je ne vous apprendrai rien en vous disant que l'étude de l'économie est davantage un art qu'une science, tout comme la médecine. Il existe des méthodologies différentes et concurrentes concernant l'évaluation des coûts directs et indirects des soins formels, et la façon de mesurer les soins non rémunérés. Jusqu'à ce que nous ayons des connaissances beaucoup plus poussées dans ce domaine, nous ne pouvons émettre des hypothèses concernant la catégorie de soins qui est plus économique qu'une autre, et ce pour toutes les personnes ayant besoin de soins à n'importe quel moment. Pour le moment, nous ne disposons pas de données suffisantes pour pouvoir avancer des arguments solides à cet égard.

En fait, je participe à deux des études dirigées par M. Hollander. Par exemple, pour les services de consultant en lactation suivant la naissance d'un enfant prématuré ou même une naissance à terme, les coûts ne sont guère différents. Ce sont les changements opérés au nom de l'efficacité qui laissent supposer que la fourniture de services de consultant en lactation

groups, but the methodology underlying and supporting the conjectures are sometimes wavy.

Mr. Hollander: You have raised the important issue of informal supports. For example, if you hire a nanny or somebody to look after your children, there are certain tax treatments in terms of things you are able to deduct and so on. My recollection is that the tax treatment is different for children and seniors. We might want to think about whether that is equitable.

There are people, let us say a husband and wife, who may be around retirement age, but one has a longer-term disability. Due to the pressures on the health care system, they are having difficulty getting the amount of service they need. What some of those people have been doing is using their RRSPs. You have a substitution of pension benefits for health benefits on an involuntary basis because these people will spend their RRSPs and not have money left over.

In one of our more recent studies, we looked at the cost of informal home care compared to residential care, and we looked at out-of-pocket expenses and time spent.

The results varied considerably according to the care the patient needed. On average, we found that if you cost the time provided at a replacement wage and you add the out-of-pocket expenses, the amount of money is essentially the same as the amount provided by the state to look after people. If you go with that costing, families are providing 50 per cent of the care for the longer-term home care patient. This was a small study and further study is needed. However, it is instructive to know that the figures might be somewhere close to that.

Senator LeBreton: Ms Hansen, do you have specific examples in New where you run into this difficulty of unpaid home care? How do you deal with that in New Brunswick? How are they compensated, or are they?

Ms Hansen: There is no compensation. We do recognize that unpaid home care is essential and they do carry a considerable burden, both in terms of the home health care component and home support.

We have found in that they have been asking for more support in terms of timely, accessible information and education. It is interesting that our discussions have centred on support, rather than monetary compensation. They would like to have support networks with other care-givers and access to information when they need it. We have been looking at those types of initiatives.

spécialisées serait peut-être une bonne chose après la sortie de l'hôpital. Les coûts ne sont pas très différents entre les divers groupes, mais les méthodologies qui sous-tendent ou favorisent diverses hypothèses sont parfois fort variables.

M. Hollander: Vous avez soulevé l'importante question des mesures de soutien informelles. Par exemple, si vous engagez une bonne d'enfants ou quelqu'un pour s'occuper de vos enfants, vous bénéficiez de certains dégrèvements fiscaux ou disons que vous avez la possibilité de déduire certains frais. D'après mon souvenir, le même traitement fiscal n'est pas prévu selon qu'il s'agit d'enfants ou de personnes âgées. Il faut peut-être se demander si cette différence de traitement est vraiment juste.

Supposons qu'un mari et sa femme soient près de l'âge de la retraite, mais que l'un d'entre eux souffre d'une incapacité de longue durée. En raison des pressions qui s'exercent sur le système de soins, ils ont du mal à obtenir la quantité de services qu'il leur faut. Ce que font des fois ces gens-là, c'est qu'ils ont recours à leurs REER à ce moment-là. Ce qui arrive, c'est qu'on remplace les prestations sanitaires par les prestations de pension sur une base involontaire, parce que ces gens-là vont épuiser les fonds investis dans leurs REER et il ne leur restera plus rien.

Dans le cadre d'une étude récente, nous avons examiné le coût des soins à domicile informels, comparativement aux soins en établissements, en tenant compte aussi des autres frais et du temps investi.

Les résultats variaient considérablement selon le type de soins que requerrait le malade. En moyenne, nous avons constaté que si vous calculez le coût du temps investi, en fonction d'un salaire de remplacement, et que vous y ajoutez les autres frais, cela donne à peu près le même montant que celui fourni par l'État pour soigner ces personnes. Et si vous acceptez cette évaluation-là du coût, vous devrez en conclure que les familles assurent 50 p. 100 des soins prodigués aux malades ayant besoin de soins à domicile de longue durée. Là je vous parle d'une petite étude, et il est certain que d'autres recherches s'imposent. Mais il est intéressant de savoir que le pourcentage pourrait être de cet ordre-là.

Le sénateur LeBreton: Madame Hansen, pouvez-vous nous citer des exemples précis du Nouveau-Brunswick où vous vous seriez heurtés à ce problème des soins à domicile non rémunérés? Que faites-vous dans ce cas au Nouveau-Brunswick; comment ces personnes sont-elles indemnisées, si elles le sont?

Mme Hansen: Il n'y a pas d'indemnisation. Nous reconnaissons que les soins à domicile non rémunérés sont essentiels et que la charge des personnes qui les assurent est considérable, tant au niveau des soins de santé à domicile que des services de soutien à domicile.

Nous constatons que ces soignants non rémunérés demandent à présent plus de soutien sous forme d'information accessible et d'instructions. Je trouve intéressant que nos discussions aient surtout porté sur le soutien, plutôt que sur la compensation monétaire. Ces gens-là voudraient établir des réseaux de soutien avec d'autres soignants et avoir accès à des informations utiles quand ils en ont besoin. Nous examinons donc la possibilité de prendre ce genre d'initiatives.

Counterparts in other provinces are looking at the same type of initiatives to help support the caregivers, especially the informal ones.

Senator LeBreton: Mr. Hollander, your key policy questions are spot-on. You talked about having CIHI provide utilization expenditure data for this sector, and I wrote beside that "yes." Then you asked:

Should continuing community care services become insured health services through the Canada Health Act, a separate act, or the social union mechanism?

I would like to know, in a perfect world, which one you would recommend?

Mr. Hollander: A perfect world is a perfect world. I would like to address your question in terms of the real world or my perception of it. Again, this could relate just to home care services or to the broader range of continuing care services.

The problem with the Canada Health Act is if you do open it up for this particular set of services, the act essentially is opened up also to discussions about co-payments to hospitals and physician services and you may have more problems than you want to have.

Senator LeBreton: It would be a Pandora's box.

Mr. Hollander: The other thing that is recommended is a parallel act. It seems that, under a new piece of legislation, it would be difficult to get provinces to agree to the same kind of penalties.

While it is perhaps a much less sexy or big-bang type of thing, some carefully crafted work under the social union may get us further. Essentially, it can be done at an administrative level. You can get people both at the federal and provincial level to work together to see where they have commonality.

I also think the social union framework might be a good idea because both of the other initiatives are federal initiatives. There are sensitivities at the provincial level where they are responsible for health care services. Doing something on a social union basis would allow them also to be perceived as caring for their citizenry and the people for whom they are responsible and not simply doing something that is done through the federal government.

I am not an expert in this area, but the administrative or political optics and art of the possible might be greater through that mechanism.

Nos homologues des autres provinces étudient aussi la possibilité de prendre de telles initiatives pour soutenir les soignants, et surtout les soignants informels.

Le sénateur LeBreton: Monsieur Hollander, les questions stratégiques clés que vous avez énumérées tout à l'heure sont tout à fait appropriées. Vous avez parlé de la possibilité que l'ICIS fournisse des données sur l'utilisation des services de ce secteur, et j'ai inscrit à côté: «Oui.» Ensuite vous avez demandé ceci:

Les services de soins prolongés et communautaires devraient-ils être assurés et faut-il passer par la Loi canadienne sur la santé, une loi distincte ou le mécanisme de l'union sociale pour atteindre cet objectif?

J'aimerais donc savoir laquelle de ces possibilités vous recommanderiez, dans un monde parfait?

M. Hollander: Un monde parfait est un monde parfait. J'aimerais donc répondre à votre question en me fondant sur le monde réel, ou du moins ma perception de ce monde. Encore une fois, cela peut concerner uniquement les services de soins à domicile ou la gamme plus générale des services de soins prolongés.

Le problème de la Loi canadienne sur la santé, c'est que si vous la modifiez pour prévoir que ces services-là seront assurés, vous ouvrez automatiquement la porte à d'autres discussions sur la possibilité de copaiements pour les services hospitaliers et les services de médecins, et ça peut vous causer plus de problèmes qu'autre chose.

Le sénateur LeBreton: Ce serait une boîte de Pandore.

M. Hollander: Il a été recommandé qu'on adopte une loi parallèle. Mais il paraît qu'il serait difficile, dans le cadre d'une nouvelle loi, d'obtenir l'accord des provinces pour imposer le même genre de sanctions.

Même si ce serait peut-être moins sexy ou ferait moins d'éclat, on réussirait sans doute à progresser plus facilement si l'on passait par le mécanisme de l'union sociale. Ce dernier permet essentiellement d'atteindre le même objectif au niveau administratif. On peut faire en sorte que les responsables fédéraux et provinciaux travaillent ensemble pour voir sur quoi ils s'entendent.

Je me dis également qu'il serait bon de passer par l'accord cadre sur l'union sociale parce que les deux autres initiatives sont des initiatives fédérales. Au niveau provincial, ça peut être un peu délicat, puisque ce sont les provinces qui ont la responsabilité des soins de santé. Mais si elles pouvaient prendre une initiative par l'entremise de l'accord cadre sur l'union sociale, elles seraient perçues comme étant sensibles aux besoins des citoyens dont elles sont responsables, et non simplement comme participantes à une initiative lancée par le fédéral.

Je ne suis pas expert en la matière, mais je pense que la perception des responsables administratifs ou politiques serait peut-être différente et qu'on avancerait sans doute plus vite si l'on passait par ce mécanisme-là.

The down side is that people could then opt out and then there is not the same force. However, there is a commonality in the kind of services that are already provided. It may not be that difficult to have some movement along the margins that would take us toward a consistent program.

The Chairman: The real downside is accountability and transparency in tracking the funds, if you are on our side.

Mr. Hollander: Yes, that is correct.

The Chairman: I agree that it would be more peaceful for the provinces; it is not clear to me that that is an overriding public policy goal.

Senator Cordy: Certainly the issue of home care is one that is important to many Canadians.

How do you determine whether there is a safe environment for the patient to be in the home? Not all homes are safe environments. How do you do that? Who determines that? Who is the person who goes to the home to determine whether it is safe or not?

Ms Hansen: We go into the home and assess whether it is safe and appropriate for the client. Sometimes we need to have access to an emergency or to an institutional setting within a specific time frame. The decisions are made intervention by intervention. Another issue we look at is the availability of a telephone. A home would be assessed as unsafe if there was not a telephone in it for the client to use in case of an emergency. We look at all the basic matters.

This is a difficult issue because the individual has the right to determine his or her level of risk. We often get the response from elderly clients that they have lived alone without a telephone, for instance, for 50 years. It is not really clear-cut.

However, in terms of what we will provide, it is very clear-cut. We will not put the individual at risk in terms of what intervention we are bringing into the home. The same would be true for our service providers. We will not place our service providers at risk if it is deemed an unsafe environment. There is an individual's right to determine the level of risk with which they will live, and that needs to be considered.

Senator Cordy: Access to certain things, such as a telephone is one issue. However, what if it is not a safe environment because of abuse, for example? Who determines that? There may be abuse of a patient within that home setting.

Ms Hansen: We have protocols we would follow in that case for mandatory reporting. There is a specific procedure that we follow cases like that.

L'inconvénient, c'est que les gens pourraient décider de ne pas y participer et à ce moment-là, l'effet ne serait pas le même. Toutefois, il existe déjà des points communs entre les divers types de services qui sont actuellement assurés. Il ne serait peut-être pas si difficile d'avancer de façon marginale vers un programme plus uniforme.

Le président: Le vrai inconvénient, c'est la responsabilisation et la transparence pour ce qui est du suivi de l'utilisation des crédits, si vous êtes avec nous.

M. Hollander: Oui, c'est exact.

Le président: Je suis d'accord pour dire que ce serait plus simple pour les provinces; par contre, il n'est pas certain que ce type d'initiative constitue une grande priorité pour elles.

Le sénateur Cordy: Il est certain que les soins à domicile revêtent de l'importance pour bon nombre de Canadiens.

Comment faites-vous pour déterminer si l'environnement du malade à domicile est sécuritaire ou non? La maison peut ne pas être un environnement sécuritaire. Comment faites-vous cela? Qui est chargé de faire cette évaluation? Qui visite le domicile du malade pour déterminer s'il est sécuritaire ou non?

Mme Hansen: Nous visitons le domicile du client pour déterminer si son environnement peut-être considéré à la fois sécuritaire et approprié. Parfois il est nécessaire d'avoir accès à une salle d'urgence ou à un établissement dans un délai bien précis. Les décisions sont donc prises en fonction de chaque intervention. Nous tenons également compte de l'accès à un téléphone. Un domicile serait considéré non sécuritaire s'il n'y avait pas de téléphone que le client puisse utiliser en cas d'urgence. Donc, nous tenons compte de tous les éléments fondamentaux.

Par contre, c'est parfois délicat parce que le client a tout de même le droit de déterminer le niveau de risque qui lui convient. Souvent les clients âgés nous répliquent qu'ils habitent seuls sans téléphone depuis 50 ans, par exemple. Donc, ce n'est pas toujours net.

Par contre, en ce qui concerne les services que nous acceptons d'assurer, c'est tout à fait net. Nous refusons d'assurer une intervention ou un service qui peut mettre le client en danger. Il en va de même pour nos fournisseurs de services. Nous refusons de mettre nos fournisseurs en danger si l'environnement du client nous semble peu sécuritaire. Mais le client individuel a tout de même le droit de déterminer quel niveau de risque lui convient dans sa vie personnelle, et il faut en tenir compte.

Le sénateur Cordy: L'accès à certains services, ou à un téléphone, c'est une chose. Mais qu'arrive-t-il si un environnement n'est pas sécuritaire en raison de mauvais traitements, par exemple? Qui fait cette détermination-là? Il est possible qu'un malade fasse l'objet de mauvais traitements dans son milieu familial.

Mme Hansen: Nous avons des protocoles exigeant que ce genre d'information soit obligatoirement communiquée aux autorités. Il y a une procédure en bonne et due forme que nous devons suivre dans de tels cas.

Mr. Coyte: Patricia McKeever has conducted a study in Ontario, has reported at a number of conferences, and will be reporting in the academic literature over the next two years. Her study, *Hitting Home* is a compelling story of how home care is rolled out in the province of Ontario.

It was perceived as being a major success for health care in the Chicago area when a child was discharged from hospital on ventilation support. This child was discharged to the family that was living in a school bus with no running water. There was a home generator attached to the school bus to provide the electricity to run the ventilation.

That is a scary story in terms of what is going on with respect to home care. If we consider rapid and early discharge to those kinds of places as successes, we have the prospect of some significant concerns with health care in the future.

If we look at the Canadian housing environment, most homes were not designed for the site of long-term care, whether there is the need of a wheelchair or where the lights are placed in a particular house. There are significant variations in the housing, and rental accommodation, that confronts Canadians in different ways. To assume that all houses are just like those for the senators is most probably unlikely to be a reasonable depiction of homes for Canadians.

To emphasize individual rights, particularly where the state is paying for care, one needs to take a collective viewpoint into consideration, as well as individual rights. There is some need to assess the adequacy of housing, not just in terms of physical and material stock, but also in terms of the social and neighbourhood environment, which would be conducive to the care that is offered to Canadians.

Senator Cordy: For children, in particular, it is always home sweet home, is not it? We all have dreams of what the perfect home life will be.

Ms Hansen, you said you are constantly defining the role of home care in New Brunswick. I am not sure whether you are defining it in terms of people in the community, or in terms of the fact that it is always evolving, or both.

Ms Hansen: Both. We find that as technology changes physicians often believe that care can be continued at home. Just because it can be done does not mean that it should be done. We take seriously what it means to introduce some of these health care interventions in a home care environment. Some of the

M. Coyte: Patricia McKeever a mené une étude en Ontario, a présenté des rapports à de nombreuses conférences, et publiera des communications à ce sujet dans les revues universitaires au cours des deux prochaines années. Son étude intitulée *Hitting Home* est un récit fascinant de la mise en place des services de soins à domicile dans la province de l'Ontario.

Dans la région de Chicago, ils estimaient que c'était une grande réussite pour le système de soins que de pouvoir sortir un enfant de l'hôpital en lui fournissant un système d'aide à la ventilation. Cet enfant a donc été confié à la famille, qui vivait dans un autobus scolaire sans eau courante. Ils avaient installé une génératrice à côté de l'autobus scolaire pour fournir l'électricité requise pour faire fonctionner le système de ventilation.

Ça fait vraiment peur d'entendre dire que de telles choses se font dans le secteur des soins à domicile. Si nous considérons comme une réussite la sortie précoce d'un malade pour aller se faire soigner dans ce genre d'endroit, je pense qu'il y a lieu d'avoir de sérieuses préoccupations concernant les problèmes auxquels nous pourrions être confrontés à l'avenir en ce qui concerne notre système de soins.

Et si on parle des logements canadiens, le fait est que la plupart des maisons n'ont pas été conçues pour permettre la prestation de soins de longue durée, qu'il s'agisse de circuler en fauteuil roulant ou d'avoir un éclairage approprié dans la maison. Il y a d'importantes différences entre les maisons, les unités de location, etc., qui touchent les Canadiens de diverses façons. Présumer que chaque citoyen habite une maison comme celles des sénateurs n'est pas très réaliste et ne correspond sans doute pas à la réalité en ce qui concerne le genre de logements où habitent les Canadiens.

En ce qui concerne les droits individuels, notamment où c'est l'État qui paie les soins, il convient de tenir compte des besoins de la collectivité aussi, en plus des droits individuels. Ainsi il faut évaluer l'adéquation des logements, du point de vue non seulement de l'état des lieux et de ce qui y est disponible, mais aussi de l'environnement social et du caractère du voisinage, pour savoir si l'environnement concerné est propice à la prestation du genre de soins qu'on assure aux Canadiens.

Le sénateur Cordy: Quand il s'agit d'enfants surtout, on suppose toujours qu'ils ne sont jamais aussi bien que chez eux, n'est-ce pas? Et nous avons tous nos propres rêves de ce à quoi correspond la vie de famille parfaite.

Madame Hansen, vous avez dit que vous redéfinissez constamment le rôle des soins à domicile au Nouveau-Brunswick. Je me demande donc si vous redéfinissez ce rôle pour être à même de répondre aux besoins des membres de la collectivité, ou simplement parce que la situation évolue sans arrêt, ou les deux?

Mme Hansen: Les deux. Nous constatons qu'à mesure qu'évolue la technologie, les médecins sont souvent d'avis qu'il est possible d'assurer les soins à domicile. Mais le simple fait que ce soit possible ne signifie pas que c'est souhaitable. Nous prenons très au sérieux la question des éventuelles conséquences de

informal support just cannot cope with that in a home. Sometimes it is not safe to do so.

We are fortunate that we can refuse, and we do. We tell the physician that it cannot be done and give the reasons why we believe it is wrong for the patient to be sent home for home care. The program was developed that way from the beginning.

Much of this has to do with changing technology and new interventions and people trying to push the patient out of the hospital and into the home. We have strong evidence-based clinical policies and procedures. Sometimes there is not the recognition from, perhaps, the physician community that, yes, it can be done in the hospital, but it is a very different situation when it is done at home. We do not have an on-call system where we can push a button and someone will come running immediately. That is why we make a decision on every case that comes in. We review them for eligibility and whether we can provide safe and appropriate care.

Mr. Coyte: While New Brunswick may be unique in terms of having a uniform standard across the province, Ontario is certainly not uniform in terms of service provision. There is a major lack of service consistency, whether you are in Renfrew, Peel, Windsor, Metro Toronto or Kingston. The availability of service provision is unparalleled within the home care sector compared to even surgical procedures. When certain organizations report quite wide variations in access to particular in-patient surgical procedures, there are even larger variations in terms of access, not only in terms of the propensity to receive service, that is "yes" or "no", will you get service, but also the level of service from one jurisdiction to the next.

Case managers make service decisions, and case managers are entrepreneurs unto themselves. Their rollout in terms of care provision can vary significantly. Their views on a reasonable housing environment and a home environment can also vary widely.

There is a need to develop common assessment tools that take the discretion out of some of those servicing decisions. Obviously, there is a need for professional discretion to some degree, but it needs to be quite small since one is using the public sector purse.

Senator Morin: What about home care to the homeless lying on the sidewalks of Yonge Street? I do not think we need necessarily go south of the border to find stories of that type.

l'introduction dans l'environnement d'une personne certains types d'interventions sanitaires. Parfois les soignants informels ne sont pas en mesure de s'en sortir. Dans d'autres cas, ce n'est pas sécuritaire.

Nous avons la chance de pouvoir refuser, et nous le faisons. Nous indiquons au médecin que ce n'est pas possible en évoquant les raisons pour lesquelles il n'est pas approprié, à notre avis, que le malade soit renvoyé chez lui pour recevoir des soins à domicile. Le programme a toujours été ainsi conçu.

Souvent c'est en raison de l'évolution des technologies, de l'introduction de nouveaux équipements ou de nouvelles interventions ou du désir de sortir les malades de l'hôpital pour les faire soigner chez eux. Mais nos politiques et procédures s'appuient fortement sur l'expérience clinique. Parfois les médecins ne semblent pas reconnaître que telle chose puisse se faire dans un hôpital, mais que c'est tout à fait autre chose du moment qu'on parle du domicile. Ce n'est pas un service sur demande en ce sens qu'il suffit pour nous d'appuyer sur un bouton pour que quelqu'un se rende tout de suite chez le malade. Voilà pourquoi nous prenons les décisions au cas par cas. Nous déterminons si le client est admissible et si nous sommes en mesure de lui assurer des soins sécuritaires et appropriés.

M. Coyte: Le Nouveau-Brunswick est peut-être unique en ce sens que les normes sont les mêmes dans toute la province, mais ce n'est certainement pas le cas en Ontario sur le plan de la prestation des services. Il y a au contraire un manque grave d'uniformité de services, qu'on soit à Renfrew, Peel, Windsor, Toronto ou Kingston. La disponibilité des services est sans parallèle dans le secteur des soins à domicile, comparativement à d'autres types de services, y compris les interventions chirurgicales. Certains organismes font état de variations importantes relativement à l'accès à divers types d'interventions chirurgicales en établissement, mais au niveau de l'accès, il y a des variations encore plus importantes relatives au niveau de service assuré d'une administration à l'autre; ainsi ce n'est pas uniquement la possibilité de recevoir des services qui est variable mais le niveau de service aussi.

Les agents de gestion des cas prennent des décisions touchant le service et agissent en quelque sorte comme des entrepreneurs indépendants. Autrement dit, le degré de prestation des soins et la gamme des soins peuvent varier considérablement. De même, les opinions des administrateurs concernant le genre d'environnement qu'on peut considérer comme étant raisonnable et approprié pour les soins à domicile peuvent également être fort variables.

Il faut donc élaborer des outils d'évaluation communs qui éliminent le caractère discrétionnaire de certaines décisions touchant le service. Bien sûr, il doit y avoir un certain pouvoir discrétionnaire de la part des professionnels, mais il devrait être minime, puisque le financement des soins concernés passe par le Trésor public.

Le sénateur Morin: Et qu'avez-vous à dire concernant les soins à prodiguer aux sans-abri qui se trouvent sur le trottoir le long de la rue Yonge? À mon avis, on n'a pas nécessairement besoin de chercher de tels exemples aux États-Unis.

I realize this issue is intensely provincial and community-based. Is there a minimum level of home care to which all Canadians should be entitled? For example, we know that no Canadian should be deprived of life-saving drugs. There are situations where this exists, but our committee is trying to address them. I am thinking of the frail elderly who are more at risk than those who are in post-acute care.

Is there a minimal program that the federal government could support by itself which would ensure to all Canadians a minimum level of home care?

Mr. Coyte: In Japan, long-term care individuals are assessed based on a questionnaire. It is then automated and the person is prescribed a specific number of minutes of particular types of care.

Embodied within the questionnaire and the translation of the answers to those questions in terms of time that is funded by the state or the insurance organization, that, in a sense, rolls out what your minimal level of term care needs are. I guess the issue is what types of services you would provide. Obviously, nursing would be included, as would the other therapies. Based upon some of the evidence that Mr. Hollander has spoken of, personal support services would naturally be within the bailiwick.

The question is: Under what circumstances would such care be triggered? Second: How much care would be triggered if you have reached that eligibility requirement? You can define, just like an insurance company, the terms and conditions under which insurance is offered. I do not think we have in any particular provincial jurisdictions a very clear description in terms of what services would be paid for by the province and under what circumstances. I may be wrong.

The Chairman: I thought you said in the study you did for the Sinclair commission that you used a maximum period of 90 days. You concluded that was nevertheless a doable piece of work. You seemed to indicate to me that, if people were willing to put their resources into doing the research to develop the standards, it was a doable piece of work.

Mr. Coyte: I said that if one defined the service provision period up to 90 days, and one identified specific clinical groups based upon the most responsible diagnosis, and one took the average cost of various kinds of services that people in the past received for such care, one could come up with a capitation payment scheme based upon particular clinical groups. That imbeds history into the new capitation-based scheme and that is a starting condition.

Senator Morin: Would that exclude chronic care?

Mr. Coyte: In that particular context, it would exclude chronic care because, perhaps, that is the first of multiple steps that one wants to move ahead with.

Je me rends très bien compte que ce débat concerne au plus haut point les provinces et les collectivités. Y a-t-il un niveau minimum de soins à domicile auxquels tous les Canadiens devraient avoir droit? Par exemple, nous savons qu'aucun Canadien ne devrait être privé de médicaments d'importance vitale. Nous savons que ça existe, mais notre comité essaie de trouver une solution. Je songe, par exemple, aux personnes âgées très frêles qui sont plus en danger que celles qui reçoivent des soins post-soins actifs.

Y a-t-il un programme minimum que le gouvernement fédéral pourrait financer lui-même de sorte que tous les Canadiens puissent bénéficier d'un niveau minimum de soins à domicile?

M. Coyte: Au Japon, les personnes qui demandent des soins de longue durée sont évaluées à l'aide d'un questionnaire. Il s'agit d'une évaluation automatisée qui calcule le nombre de minutes de chaque type de soins que requiert le client.

Avec le questionnaire, grâce aux réponses aux questions et du calcul automatisé du temps qui sera financé par l'État ou la compagnie d'assurance, on peut savoir quels sont les besoins minimums en matière de soins de courte durée. Je suppose que tout dépend des types de services que vous voulez servir. Les soins infirmiers seraient évidemment inclus, comme d'autres thérapies. Et étant donné les études dont nous parlait M. Hollander, les services de soutien personnel seraient également compris.

La question est donc celle-ci: dans quelles circonstances les soins seraient-ils automatiquement prodigués? Deuxièmement: à quelle quantité de soins le client a-t-il automatiquement droit s'il remplit tous les critères d'admissibilité? Tout comme une compagnie d'assurance, on pourrait définir les conditions dans lesquelles certains soins seraient assurés. À mon avis, il n'existe dans aucune province une description claire des services qui seraient payés par la province et dans quelles conditions. Mais je me trompe peut-être.

Le président: Je croyais vous avoir entendu dire que l'étude que vous avez menée pour la commission Sinclair utilisait comme critère un délai maximum de 90 jours. Vous avez conclu, me semble-t-il, que c'était faisable. En tout cas, vous sembliez me dire que si les gens étaient prêts à faire la recherche que suppose l'élaboration des normes, ce serait faisable.

M. Coyte: J'ai dit que si l'on définissait la période de prestation des services en fonction d'un délai de 90 jours, et qu'on établissait des groupes cliniques spécifiques en fonction du diagnostic le plus responsable et que si l'on calculait ensuite le coût moyen des divers types de services qu'avaient reçus par le passé divers clients, on pourrait en arriver à une formule de capitation fondée sur les différents groupes cliniques. Ainsi la nouvelle formule de capitation serait fondée sur des données historiques réelles, et ce serait en fait une condition essentielle.

Le sénateur Morin: Les soins assurés aux malades chroniques seraient-ils exclus?

M. Coyte: Dans ce cas, les soins aux malades chroniques seraient exclus car ce serait peut-être l'un des domaines où l'on voudrait prendre toute une série de mesures pour faire avancer les choses.

Senator Morin: According to what Ms Hansen is saying, it is difficult to separate the two. I am not sure that the urgent needs of Canadians are at the acute care level. I believe that they are at the chronic care level.

Mr. Coyte: One can look at the frail elderly and their difficulties of day-to-day living and specify funding arrangements based upon levels of difficulty with respect to those activities, and fund on a capitation rate individual primary care groups who could then roll out, and contract out or even provide in-house nursing, therapies and personal support services. That is most probably a second stage in terms of the overall reform because even in Ontario we are trying to have primary care reform and it is taking many years to happen. That is a reform that will occur, perhaps, 10 years down the road.

The Chairman: What you want to do is a first step that makes those other steps possible. You need to understand where you want to end up. The capitation primary care is the second step. The people from the OMA program came here and told us that they have something like 275 or 300 GPs out of 8,000 in Ontario signed up after a three-year effort. Obviously, this is a slow process.

Senator Morin: It is 300 more than any other province.

Could I ask Ms Hansen to answer the question? I am interested in your opinion on the subject.

Ms Hansen: I stated earlier that the extra-mural hospital did start out with a substitution function.

The Chairman: Can you send us a description of how that was originally defined?

Ms Hansen: Yes.

We quickly grew because we recognized that it is difficult to provide just one component of a system when many others are required. For example, we had an elderly lady in hospital with a hip fracture that needed to come home. She required our services, but also required some short-term support service. Short-term support service is not really covered by any program in our province. One of the options was to place her in a relief care bed in a nursing home. The nurses in the nursing home could not provide the necessary level of support. The lady needed extra-mural support.

We are not provided with the funding to provide that short-term support, but we did. We went ahead and brought her home and provided her with that short-term support. She ended up being a long-term client. Clients move back and forth between short-term and long-term. It is difficult to encapsulate the short-term episode. We may have a nurse doing a short-term service and

Le sénateur Morin: D'après Mme Hansen, on peut difficilement séparer les deux. Je ne suis pas convaincu que ce sont les soins actifs qui correspondent aux besoins les plus urgents des Canadiens. À mon avis, l'urgence se situe plutôt au niveau des soins prodigués aux malades chroniques.

M. Coyte: On peut examiner la situation des personnes âgées frêles et leurs difficultés de vie quotidienne et prévoir des formules de financement spécifiques selon le degré de difficultés qu'éprouve le client à s'acquitter de certaines tâches et financer, selon un taux de capitation donné, les groupes individuels requérant des soins primaires; ainsi on pourrait offrir directement les services, opter pour la sous-traitance ou même fournir en établissement des soins infirmiers, des thérapies et des services de soutien personnel. À mon avis, ce serait sans doute la deuxième étape d'un projet de réforme globale car, même en Ontario, nous essayons de réformer les soins primaires depuis longtemps et les progrès sont très lents. Pour moi, c'est le genre de réforme qui va peut-être se faire dans une dizaine d'années.

Le président: Ce qu'il faut, c'est définir une première étape qui rend possibles toutes les autres étapes. Il faut être bien conscient de son objectif ultime. La mise en place d'une formule de capitation pour les soins primaires serait donc la deuxième étape. Les représentants de l'Association médicale ontarienne qui ont témoigné devant le comité nous ont dit qu'après trois ans d'effort, il n'y a que 275 ou 300 omnipraticiens sur 8 000 en Ontario qui sont inscrits. Donc, c'est un processus qui prend très longtemps.

Le sénateur Morin: C'est déjà 300 de plus que dans n'importe laquelle des autres provinces.

Pourrais-je demander à Mme Hansen de répondre à la question? Votre opinion à cet égard m'intéresse.

Mme Hansen: Je vous expliquais tout à l'heure que l'Hôpital extra-mural a prévu dès le départ une fonction de substitution.

Le président: Pourriez-vous nous faire parvenir le texte précis de votre définition?

Mme Hansen: Oui.

Nous avons rapidement pris de l'expansion parce que nous savions qu'il est difficile d'assurer un seul type de service lorsque tant d'autres sont requis. Par exemple, une dame âgée hospitalisée pour une fracture de la hanche devait rentrer chez elle. Elle avait besoin de nos services, mais il lui fallait aussi des services de soutien de courte durée. Les services de soutien de courte durée ne sont assurés par aucun programme dans notre province. L'une des possibilités consistait donc à lui trouver un lit réservé pour les services de relève dans une maison de repos. Mais le personnel infirmier de la maison de repos n'était pas en mesure de lui fournir le niveau de soutien qu'il lui fallait. Cette dame avait donc besoin de soutien par l'entremise du programme extra-mural.

Nous ne recevons pas de crédits pour la prestation de services de soutien de courte durée, mais nous avons tout de même assuré ce service. Nous l'avons donc fait rentrer chez elle et des services de soutien de courte durée lui ont été assurés. Elle a fini par devenir une cliente requérant des soins de longue durée. Les clients passent entre les catégories de soins de courte durée et de

a respiratory therapist that is in there for the long-term. That is why I say that unbundling is difficult.

Senator Morin: New Brunswick spends four times as much as on home care than Quebec. However, the patients that you see at home, in many cases, cannot afford the life-saving drugs. We have heard stories about people in New Brunswick who cannot afford their drugs.

Quebec spends four times more on drugs than New Brunswick. Drugs are fully covered, but I am sure they cannot spend four times less than you do and have a satisfactory program. I am sure they do not. This is true for other provinces such as Prince Edward Island and others.

Everyone should be covered for life-saving drugs. That is the one thing we will say, as will the Romanow Commission. Everyone agrees on that. The New Brunswick situation as far as drugs is unacceptable. We must either fund or find a way to settle that.

Having said that, there are experts here today, who are unable to tell me why we cannot do the same thing for home care

Mr. Hollander: Part of the problem in defining a numerical amount is that people have different care needs. In looking for a numerical amount you have to do at different levels of care. There are differences in the amounts of service that are provided across the country so it would be difficult to determine which would be the right amount, and so on. To provide that kind of numerical value would be difficult, particularly given that we do not even have good data right now about how much care is provided across jurisdictions.

You asked about a national perspective. I believe it would be possible for some recommendation of a standard or a principle that people should get care commensurate with their needs. Ultimately, it is a clinical decision as to how much is provided. Therefore, it is a bit difficult. However, setting a principle is certainly well within the purview of which you speak. After that, we should establish some methods of monitoring and comparing that could be adopted. If this is done over time, we might arrive at a national consensus.

As we start collecting data over different jurisdictions, we will have much better comparisons and have a tool that can give us that numerical standard that you are talking about.

longue durée. Il est donc difficile de définir tout ce qui peut correspondre à des soins de courte durée. Dans un cas, il pourrait s'agir d'une infirmière qui assure des services à court terme, et dans un autre, d'un inhalothérapeute qui fournit des services à long terme. C'est pour cela que je vous dis qu'il est difficile de dégrouper les services.

Le sénateur Morin: Le Nouveau-Brunswick dépense quatre fois plus pour les soins à domicile que le Québec. Cependant, bien souvent les malades qui bénéficient de vos services à domicile ne peuvent pas se permettre d'acheter des médicaments d'importance vitale. Nous avons entendu parler de gens au Nouveau-Brunswick qui n'ont pas les moyens d'acheter leurs médicaments.

Le Québec dépense quatre fois plus pour les médicaments que le Nouveau-Brunswick. Les médicaments sont intégralement assurés, mais il n'est pas possible à mon avis qu'ils aient un programme satisfaisant s'ils dépensent quatre fois moins que vous. À mon avis, ce n'est tout simplement pas possible. Et il en va de même pour d'autres provinces, comme l'Île-du-Prince-Édouard et d'autres.

Tout le monde devrait être assuré pour les médicaments d'importance vitale. Ça c'est l'une des affirmations que nous ferons, tout comme la Commission Romanow. Tout le monde est d'accord là-dessus. La situation au Nouveau-Brunswick en ce qui concerne les médicaments est inacceptable. Il faut soit accepter de financer, soit trouver une solution qui règle ce problème.

Ceci dit, il y a ici aujourd'hui des experts qui sont dans l'impossibilité de me dire pourquoi nous ne pouvons pas faire la même chose pour les soins à domicile.

M. Hollander: Le problème qui se pose lorsqu'on cherche à fixer un nombre ou pourcentage, c'est que les besoins sanitaires des gens sont différents. En cherchant à fixer des normes numériques, vous devez forcément faire cet exercice selon différents niveaux de soins. Or, comme le niveau de service assuré d'une province à l'autre varie, il serait difficile de déterminer quelle quantité ou durée de service est appropriée, et cetera. Assigner une valeur numérique devient problématique dans ce contexte, surtout qu'à l'heure actuelle, nous ne disposons même pas de bonnes données qui nous permettraient de savoir quel niveau de soins est assuré dans l'ensemble des différents territoires et provinces.

Vous avez parlé de l'optique nationale. Je pense qu'il serait possible de recommander qu'on adopte le principe selon lequel les gens devraient être soignés en rapport avec leurs besoins. En fin de compte, la décision de fournir plus ou moins de soins est une décision d'ordre clinique. C'est pour ça qu'elle peut poser problème. Par contre, on peut toujours établir un principe. Par la suite, il conviendrait d'élaborer des méthodes de suivi et de comparaison. Si ce travail se réalise sur une certaine période, il nous serait peut-être possible de parvenir à un consensus national sur la question.

Au fur et à mesure que nous rassemblerons des données provenant des diverses administrations, nous pourrions établir de meilleures comparaisons et nous disposerons donc du genre de normes numériques dont vous parlez.

Senator Cook: Ms Hansen I read in your brief that you receive your funds from the Department of Health and Wellness through a "protected budget" within the global funding of the regional health authorities.

How do you negotiate your budget each year? Do you negotiate it through the regional health authority or through the Treasury Board of your province, or the Department of Health?

Ms Hansen: It comes directly to the department. Any requests for enhancements to the budget come to the Department of Health and Wellness.

Senator Cook: Do you negotiate through the regional health board?

Ms Hansen: No. Because of the separate envelope funding, the department deals directly with any requests for enhancements to that budget.

Senator Cook: I do not see a problem when I look at your ratios here with only 3 per cent of the Department of Health and Wellness.

Ms Hansen: When the program came under the umbrella of the region health authorities in July of 1996, it was decided to protect the budget. The region health authorities can put some of their global funding into the budget but they cannot take from the budget. They do enhance the budget and they will enhance the budget, recognizing when there is a need in their home care program.

Senator Cook: The more we go along the route of delivering services differently, like options in the home and those types of things, have you had any problem accessing extras that you needed in respect to change in lifestyles or the change in the delivery of services?

Ms Hansen: To date, we have had no problem receiving the increases that were necessary in order to support the program.

Senator Cook: Government cutbacks have not crept into your jurisdiction, then?

Ms Hansen: No.

Senator Fairbairn: I would like to draw attention to a couple of sentences that have challenged my mind in terms of the obligation of government to respond to what is in these statements:

One is at the beginning of your presentation, Ms Hansen. You say:

To those who require services to develop or maintain their independence in daily life, the Extra-Mural Program is there.

That is what we as governments, policy makers and people in public life are telling Canadians that they should be doing in their daily life.

Le sénateur Cook: Madame Hansen, j'ai lu dans votre mémoire que vous recevez vos crédits du ministère de la Santé et du Mieux-être, crédits qui sont prélevés sur un «budget protégé» qui fait partie du financement global des régies régionales de la santé.

Comment faites-vous pour négocier votre budget chaque année? Est-ce que vous passez par la régie régionale de la santé, par le Conseil du Trésor de votre province, ou par le ministère de la Santé?

Mme Hansen: Ces fonds sont affectés directement au ministère. Toute demande de ressources budgétaires accrues doit être soumise à l'examen du ministère de la Santé et du Mieux-être.

Le sénateur Cook: Négociez-vous par le biais de la régie régionale de la santé?

Mme Hansen: Non. Puisque nos activités respectives sont financées à partir d'enveloppes budgétaires distinctes, c'est le ministère qui traite directement toute demande d'augmentation budgétaire.

Le sénateur Cook: J'ai regardé vos ratios, et la proportion de 3 p. 100 du budget du ministère de la Santé et du Mieux-être ne me semble pas du tout problématique.

Mme Hansen: Lorsque le programme relevait de la responsabilité des régies régionales de la santé en juillet 1996, la décision a été prise de protéger le budget. Les régies régionales de la santé peuvent affecter une partie de leur financement global à ce budget, mais elles ne peuvent rien prélever là-dessus. Mais elles acceptent d'augmenter le budget prévu lorsqu'elles se rendent compte que les besoins des citoyens en matière de soins à domicile ne sont pas satisfaits.

Le sénateur Cook: À mesure que la façon de distribuer les services a évolué — par exemple, les diverses options à domicile, et ce genre de choses — avez-vous rencontré des problèmes pour ce qui est d'obtenir les ressources supplémentaires qu'il vous faut en raison d'un mode de vie changeant ou de l'évolution des modes de prestation des services?

Mme Hansen: Jusqu'ici, nous n'avons pas eu de mal à obtenir les augmentations requises pour soutenir le programme.

Le sénateur Cook: Donc, les compressions budgétaires ne vous ont pas touchés?

Mme Hansen: Non.

Le sénateur Fairbairn: J'aimerais attirer votre attention sur quelques phrases qui m'ont paru épineuses du point de vue de l'obligation du gouvernement de réagir au concept qui semble les sous-tendre:

La première se trouve au début de votre mémoire, madame Hansen. Vous dites ceci:

Pour ceux qui ont besoin de services pour pouvoir continuer de vaquer à leurs activités quotidiennes en toute autonomie, le PEM est la solution toute indiquée.

Voilà justement ce que nous, en tant que gouvernement, décideurs et les élus recommandons aux Canadiens dans leur vie quotidienne.

Mr. Coyte, at one point you infer that policy makers need to be creative in ensuring that the principles that safeguard care provided by physicians are extended to today's realities.

It seems to me that we have created a system that is seen with envy by other countries. However, our society has changed dramatically as to how people live their lives and make a living. We do not have the same home structure that sustains the conditions that we are talking about. We do not seem to be recognizing that fact.

We seem to be trying to provide some kind of home care, but elsewhere we are not sure of what we want to do, and we may be basing a lot of decisions on of family expectations that no longer exist. In that sense, the individual who is sick or needs assistance to be independent should not bear the burden of that lack of understanding or sensitivity on the part of policy makers.

Do you have any enlightening comments? It seems to me that is essentially what we are talking about today. If we have a health care system in Canada and it does not include home care, or home care that is relevant and helpful, then we better pull up our socks. That is something that this committee is here to try to give the system a push.

Mr. Coyte: Your comments are well taken. Most Canadians and most politicians are quite myopic. There is a degree of synergy between the two.

National Health Grants Program was the starting point for what we see today as medicare. That program provided 50/50 sharing programs with the provinces to build the modern industrial complex of hospitals that we see today. By the early 1970s, about 90 per cent to 95 per cent of all hospital beds that were in existence were funded out of that particular program.

By the turn of the century, most care was actually provided in the homes of Canadians. Hospitals had a small role to play. Health care took place at home.

If you look at the different settings in which care is now offered, each have had their point in time. We had a significant growth in terms of hospitals throughout the 1960s and up to the early 1970s. As a result of the federal funding arrangements act in 1977, that moved funding arrangements for physicians and hospitals from their cost-sharing arrangements to a block-funded arrangement. That provided incentives for the provinces to reduce their investments in those privileged sectors and providers of care, and redirected their energies to other components of the health care system.

Most of the electorate in Canada have gone through this period of change. They are very much attached to their individual providers of care, and they are certainly attached to the hospitals

Monsieur Coyte, vous laissez entendre à un moment donné que les décideurs doivent faire preuve de créativité pour s'assurer que les principes qui protègent les soins assurés par les médecins traduisent les réalités d'aujourd'hui.

Il me semble que nous avons réussi à créer un système de soins qui fait l'envie d'autres pays. Cependant, notre société a beaucoup évolué du point de vue de la façon dont les gens vivent et gagnent leur vie. Nous n'avons plus la même structure familiale favorisant les conditions dont on parle. Or on ne semble pas s'en rendre compte.

Pour moi, nous essayons de fournir une forme quelconque de soins à domicile, mais dans certains cas, nous ne savons pas trop ce que nous voulons faire, et dans d'autres, nous fondons bon nombre de nos décisions sur des attentes vis-à-vis de la famille qui n'existent plus. Dans ce contexte, il me semble qu'une personne qui est malade ou qui a besoin d'aide pour être indépendante ne doit pas payer le prix de ce manque de compréhension ou de sensibilité de la part des décideurs.

Avez-vous quelque chose à dire qui pourrait nous aider à cet égard? Il me semble que c'est essentiellement ce dont on parle en ce moment. Si nous avons un système de soins au Canada qui ne comprend pas les soins à domicile — ou du moins des soins à domicile qui sont vraiment pertinents et utiles — nous devons tout simplement faire mieux. Et le rôle du comité consiste justement à donner l'impulsion qui va faire progresser le système.

M. Coyte: Vos commentaires sont très justes. La plupart des Canadiens et la plupart des politiciens ne sont pas prévoyants. Il existe une certaine synergie entre les deux.

Le Programme national de subventions au titre de la santé fut le point de départ de ce que nous appelons aujourd'hui le système de soins de santé. En vertu de ce programme, les frais étaient partagés à 50 p. 100 avec les provinces, ce qui nous a permis de construire le complexe industriel moderne d'hôpitaux qui existe actuellement. Au début des années 70, entre 90 et 95 p. 100 de tous les lits d'hôpitaux qui existaient à l'époque étaient financés par ce programme.

Au début du siècle, la majeure partie des soins était assurée par les Canadiens dans leur domicile. Les hôpitaux jouaient un rôle minime. Les gens se soignaient ou se faisaient soigner chez eux.

Si vous regardez les différents milieux dans lesquels les soins sont actuellement assurés, vous remarquerez que chacun a connu une période de forte demande et d'expansion. Durant les années 60, jusqu'au début des années 70, les hôpitaux ont connu énormément d'expansion. Par suite de l'adoption de la Loi sur le financement des programmes établis en 1977, les services des médecins et les soins hospitaliers étaient financés selon une formule de financement global, plutôt qu'une formule de frais partagés. Cela a encouragé les provinces à réduire leurs investissements dans ces secteurs privilégiés et dans les fournisseurs de soins, et à se concentrer plutôt sur d'autres composantes du système de soins.

La plupart des électeurs actuels au Canada ont vécu cette période de changement. Ils sont très attachés à leurs fournisseurs de soins individuels, et ils sont certainement attachés aux

in which they were born. They receive care on a periodic basis, and 73 per cent or 74 per cent of Canadians die in hospitals.

We need to get over the attachment to hospitals. Technology along with pharmaceutical developments, and other kinds of user-friendly and miniaturized technologies, have enabled care to take place in other settings. We must be cautious about the overzealous expansion in terms of home care because not all homes and employment circumstances permit safe, effective and cost-effective care to Canadians.

We need to recognize health care within its historical context. Where we are today is on the basis of a number of decisions that occurred over the last 50 or 60 years that have enabled us to build a major and significant group of vested interests, both within the hospital sector and amongst physicians. We need to start to challenge the perception that those are the only things associated with health care.

While we say that Canada has a tremendous health care system and we are looked at as a favourable nation with respect to our Cadillac health care system, our Cadillac health care system represents a minority of services offered to Canadians. Hospitals and physicians are terrific in Canada, but we have a bankrupt system with respect to other components of care. You are bankrupt if you need home care, and you are bankrupt in some regions of the country if you need pharmaceutical care. As a result, we receive letters, describing situations where people are not just spending their RRSPs but are also undertaking reverse mortgages and selling assets within their homes. Canadians should not be put through that kind of wringer.

Senator Fairbairn: Ms Hansen, you must have a view on this because you seem to have developed in your presentation many answers to these questions. New Brunswick, since 1979, seems to have addressed these issues and successfully solved many problems that other provinces have not.

Ms Hansen: Yes. I always feel fortunate when the conversation turns to home care. I do think that we have a comprehensive program. We often say that that it has been the result of planning by design rather than planning by default. It does go back to the late 1970s with people that were truly visionary who looked at the program as a sustainable, real component of the health care system. We have grown tremendously since then.

In 1997, all of the rehab services were consolidated under the auspices of the Extra-Mural program. We provide all rehab services to nursing homes, the school system, to preschoolers and the community through this program. It has enabled us to introduce some consistency from north to south and east to west. New Brunswickers know who, where, and how to access the system. That has been the focus behind much of the planning in home care.

hôpitaux où ils sont nés. Ils reçoivent des soins périodiquement, et 73 ou 74 p. 100 des Canadiens meurent dans les hôpitaux.

Or, nous devons cesser d'être aussi attachés à nos hôpitaux. Les progrès techniques et pharmaceutiques, et d'autres sortes de technologies conviviales et miniaturisées, ont permis d'assurer des soins dans d'autres milieux. En même temps, il faut être prudent et éviter de trop élargir le secteur des soins à domicile, car ce ne sont pas toutes les maisons ou situations qui permettent d'assurer des soins sécuritaires, efficaces et économiques aux Canadiens.

Nous devons connaître les soins de santé dans leur contexte historique. Si nous en sommes là aujourd'hui, c'est à cause de décisions prises au cours des 50 ou 60 dernières années, qui ont donné lieu à la création d'un grand nombre de groupes qui ont des intérêts importants à protéger, qu'on parle du secteur hospitalier ou des médecins. Il nous faut donc commencer à contester la perception selon laquelle ce sont les seuls éléments importants du système de soins.

Bien que nous affirmions au Canada que nous avons un excellent système de soins et que nous sommes perçus comme une nation privilégiée en raison de sa qualité exceptionnelle, notre système de soins exceptionnel n'assure à sa population qu'une petite gamme de services. Les hôpitaux et les médecins sont fantastiques au Canada, mais notre système est tout à fait déficient en ce qui concerne d'autres composantes du système. Vous devrez vous rendre à l'évidence que le système est déficient si vous avez besoin de soins à domicile, et il en va de même pour l'assurance-médicaments si vous habitez certaines régions du pays. Par conséquent, nous recevons des lettres où les gens nous disent qu'ils dépensent l'argent investi dans leurs REER, optent pour des prêts hypothécaires inversés, ou vendent leurs actifs. Les Canadiens ne devraient pas avoir à passer par là.

Le sénateur Fairbairn: Madame Hansen, vous devez avoir une opinion là-dessus puisque vous semblez avoir élaboré des réponses très complètes à bon nombre de ces questions dans votre mémoire. Depuis 1979, le Nouveau-Brunswick semble s'être penché sur ces questions et avoir réussi à solutionner beaucoup de problèmes où d'autres provinces n'ont pas eu autant de succès.

Mme Hansen: Oui. Je ne sens toujours privilégiée lorsqu'on commence à discuter de soins à domicile. À mon avis, nous avons effectivement un programme complet. Nous disons souvent que c'est le résultat d'une planification effectuée à dessein plutôt que par défaut. Il faut remonter à la fin des années 70 où un certain nombre de visionnaires comprenaient que ce programme pourrait correspondre à une composante réelle et viable du système de soins. Depuis, nous avons pris énormément d'expansion.

En 1997, tous les services de réadaptation ont été regroupés sous le programme extra-mural. À présent, nous assurons tous les services de réadaptation aux maisons de repos, au système scolaire, aux enfants d'âge préscolaire et aux membres de la collectivité grâce à ce programme. Il nous a permis d'assurer une certaine uniformité du nord au sud et d'est en ouest. Les citoyens du Nouveau-Brunswick savent à qui s'adresser, où aller et comment accéder au système. C'est cet objectif qui a été à l'origine de la planification dans le secteur des soins à domicile.

Senator Morin: This question comes back to your comments that people have to sell their homes and other items to get care.

Can we say that no one should spend more on home care than 2 per cent or 3 per cent of their income, and after that, the government gives a grant? Is that a way of looking at this, at the national level or am I wrong? You see my point, do you?

Mr. Coyte: Yes.

Senator Morin: The definition of catastrophic drug coverage is that no one should spend more for drugs than 2 per cent or 3 per cent of his or her income. That is it one way of looking at it. Can we apply the same reasoning to home care? The federal government cannot responsibility for the \$3.5 billion. It is impossible.

You have told me that you were not able to define a minimum level of home care. Let us put a maximum on the amount that a person should spend. No one would then be faced with the problems that we have heard.

Mr. Coyte: I would like to clarify things. One can always define a minimal level of anything and then develop the benchmarks for a national home care program within some of the documents you have. I had to develop a minimum level of care that was based upon expenditure in each age and sex cohort averaged across the top three provinces. That is one definition.

Senator Morin: That is cost.

Mr. Coyte: That is based upon cost.

Senator Morin: No, I am talking about level of care.

What about looking at it by maximum percentage of income spent on home care?

Mr. Coyte: You could do that. The average seniors income is around the \$30,000 range. Three per cent would be about \$1,000. Personal support workers run, at a minimum, \$20 an hour. That is 40 one-hour visits. That will not go far at all.

Senator Morin: I am not fixed on the amount. Perhaps it should be 10 per cent. Is that a way of looking at it?

Mr. Coyte: That is one way to look at it, but that opens the topic of having some user fees for in-home services. The question is whether user fees are reasonable in this particular context, or whether you use service eligibility and servicing criteria to determine what services will be publicly funded.

Le sénateur Morin: Ma question concerne ce que vous disiez concernant les personnes qui sont obligées de vendre leur maison et d'autres actifs pour obtenir des soins.

Peut-on accepter comme principe que personne ne devrait avoir à dépenser plus de 2 ou 3 p. 100 de son revenu pour les soins à domicile, et qu'au-delà de ce pourcentage, le gouvernement devrait accorder des subventions? Est-ce une bonne façon d'aborder le problème au niveau national, ou est-ce que je me trompe? Vous voyez ce que je veux dire, n'est-ce pas?

M. Coyte: Oui.

Le sénateur Morin: La définition de couverture des médicaments pour les situations catastrophiques prévoit qu'un client ne devrait pas avoir à dépenser plus de 2 ou 3 p. 100 de son revenu pour les médicaments. Voilà une façon de voir la chose. Peut-on appliquer la même logique aux soins à domicile? Le gouvernement fédéral ne peut pas assumer tout seul cette charge de 3,5 milliards de dollars. C'est impossible.

Vous m'avez dit que vous étiez dans l'impossibilité de définir un niveau minimum de soins à domicile. Essayons plutôt de fixer un montant maximum que chaque citoyen peut dépenser. À ce moment-là, on éviterait les problèmes qu'on nous a décrits jusqu'à présent.

M. Coyte: Permettez-moi d'apporter une précision. On peut toujours définir un niveau minimum pour n'importe quoi et établir ensuite les critères fondamentaux d'un programme national de soins à domicile à l'aide des documents que vous possédez. Pour ma part, j'ai dû établir un niveau minimum de soins en fonction des dépenses moyennes engagées pour chaque groupe d'âges et chaque sexe, et ce dans les trois premières provinces. Voilà donc une définition possible.

Le sénateur Morin: Qui est fonction du coût.

M. Coyte: Oui, c'est exact.

Le sénateur Morin: Mais moi je vous parle du niveau de soins.

Pourquoi ne pas prendre comme point de départ le pourcentage maximum de revenus qu'on peut consacrer aux soins à domicile?

M. Coyte: Ce serait possible. Le revenu moyen des personnes âgées est de l'ordre de 30 000 \$. Trois pour cent correspondrait donc à environ 1 000 \$. Les personnes qui assurent les services de soutien personnels touchent au moins 20 \$ de l'heure. Ça représente 40 visites d'une heure. Ça n'ira donc pas bien loin.

Le sénateur Morin: Mais le pourcentage m'importe peu. Il faudrait peut-être que ce soit 10 p. 100. Serait-ce une bonne façon d'aborder le problème?&

M. Coyte: C'est une façon parmi d'autres, mais cela soulève la possibilité d'imposer un ticket modérateur pour les services assurés à domicile. Dans ce contexte, il faut se demander s'il est raisonnable d'imposer un ticket modérateur ou s'il ne convient pas mieux d'employer les critères de l'admissibilité aux services et des critères en matière de services pour déterminer quels services seront financés par les deniers publics.

The question in terms of having user fees runs up to the issue: Is this service a service upon which individuals can make concerted decisions? Is there a potential for a degree of elasticity that people are likely to overutilize or abuse if it is fully insured?

Many people over the age of 70 or 80 years have compromised mental health issues and lack the ability to make "informed decisions" about the level of servicing they need.

Senator Morin: You are saying 100 per cent public?

Mr. Coyte: I would advocate 100 per cent public.

Senator Morin: It is difficult to define the federal role in that.

[Translation]

Senator Pépin: It is said that on average, women spend approximately 18 years of their life looking after someone who is ill. In terms of human resources for home care and community care, what do you see as the most important issue we should be looking at to improve the situation further?

We must find a way to recognize the work carried out by homecare workers, nurses and therapists. Are our human resources sufficient to provide the necessary services?

[English]

Mr. Coyte: There is concern in the Province of Ontario, with respect to shortages not only in nursing care but also in personal support. Even long-term care facilities have difficulty acquiring personal support workers.

The major activity in which one could engage both provincially and federally is the encouragement and adoption of the use of technologies within the in-home care setting. The adoption of technologies does two things. It encourages more individuals who work in the institutional sector to be willing to offer their services on a paid basis in the community care sector. Therefore, the supply side is enhanced. At the same time, to the extent to which it is used to complement of provision of care, the demand for those providers would be reduced, too.

There is a need not just for high tech care, but also "high touch" care. Technology is one way of shifting the balance and making sure that there is a more balanced approach to the provision of human resources as well as technological resources in the home care setting.

Capitation based reimbursement is a financing arrangement that does that as opposed to fee-for-service based reimbursement, which is specific to the providers of care. The costing decisions about the equipment are an add-on.

En ce qui concerne le ticket modérateur, la question qui se pose est celle-ci: S'agit-il d'un service à propos duquel les gens peuvent prendre une décision concertée? Y a-t-il un degré de latitude qui pourrait inciter les gens à trop utiliser le service en question ou à en abuser s'il est intégralement assuré?

Beaucoup de gens âgés de plus de 70 ou 80 ans ont des problèmes de santé mentale et ne sont pas en mesure de prendre des décisions «éclairées» concernant le niveau de service qu'ils requièrent.

Le sénateur Morin: Vous préconisez donc que 100 p. 100 des services soient financés par le Trésor public?

M. Coyte: Telle est ma recommandation.

Le sénateur Morin: On peut difficilement voir en quoi consisterait le rôle fédéral dans ce contexte.

[Français]

Le sénateur Pépin: On dit que les femmes passent en moyenne 18 ans de leur vie à s'occuper d'une personne malade. En ce qui concerne les ressources humaines pour les soins à domicile et les soins communautaires, d'après vous, sur quel point devrions-nous nous attarder afin d'améliorer encore davantage la situation actuelle?

Nous devons trouver une façon de reconnaître le travail des travailleurs à domicile ainsi que des infirmières et des différents thérapeutes. Avez-vous suffisamment de personnel pour offrir les services requis?

[Traduction]

M. Coyte: La pénurie en Ontario de personnel infirmier et de soignants assurant les services de soutien personnel constitue une préoccupation. Même les établissements de soins de longue durée ont du mal à recruter des soignants qui assurent des services d'aide personnelle.

Le principal domaine où les administrations à la fois provinciales et fédérale pourraient jouer un rôle serait d'encourager l'utilisation des technologies de pointe pour assurer les soins à domicile. L'adoption de nouvelles technologies dans ce secteur permettrait de faire deux choses: d'abord, les personnes qui travaillent en établissement seraient plus disposées à offrir de travailler moyennant rétribution dans le secteur communautaire. Ceci aurait donc un effet positif sur l'offre. En même temps, dans la mesure où ces technologies sont utilisées pour compléter la prestation des soins, la demande de fournisseurs diminuerait aussi.

Il faut à la fois que les soins reposent sur l'utilisation des technologies de pointe et qu'ils donnent la priorité à l'intervention personnelle. L'utilisation des technologies serait une façon de rééquilibrer l'utilisation des ressources humaines et des ressources technologiques pour la prestation des soins à domicile.

Le remboursement en fonction d'une formule de capitation permet ce rééquilibrage, par opposition à une méthode de remboursement axée sur la rémunération à l'acte, qui ne vise que les fournisseurs de soins. Les décisions relatives au coût de l'équipement sont à part.

Mr. Hollander: There is a major project being done on this topic. I am involved in it. My comments are based not only from the work on that particular project, but also based on evidence in other work that is being done as well.

Under certain circumstances, or in certain places in certain times, there are home care workers who feel a certain amount of pressure. This results in a number of interesting things. They sometimes spend a lot of their own time giving care and are, therefore, both paid people and volunteers. They volunteer because they are not paid the hours required to provide the care the person requires. This is an issue of sufficiency of funding.

Labour standards are another issue. It is my understanding that there is some variability in things such as pay for travel time, mileage and so on.

Another issue is the tremendous variability in the rates that these people are paid across the country. One measure could be to advocate for some form of reasonable labour standards that could be applied across the country.

This is a provincial issue, but certain recommendations or standards could be set. These standards could ensure that people do not have to pay for their own cars; that they get paid for their travel time; and that they do not have to be a volunteer as part of their work.

Salaries should also be examined. I am not sure if it is quite as much as double, but in British Columbia home support workers are paid quite well. In some jurisdictions, people may only get two-thirds or close to one-half of the salary that workers get in British Columbia.

There is a tremendous variability, both in terms of compensation and labour standards. You may want to consider that.

Ms Hansen: I support what both my colleagues have said.

In New Brunswick our health care professionals are compensated at the same rate as the hospital workers. Our home support workers, however, earn in the \$12 range. We are eagerly waiting for the results of the study and looking at some of those recommendations.

Mr Hollander: By contrast, in B.C., the rate is between \$18 and \$20. There is quite a difference between the two.

M. Hollander: Un important projet traitant de cette même question se déroule à l'heure actuelle. J'y participe. Mes observations reposent donc non seulement sur le travail que nous avons réalisé dans le cadre de ce projet, mais sur les données rassemblées dans le cadre d'autres initiatives dans ce domaine.

Dans certaines circonstances, ou disons à certains endroits et à certains moments, les personnes qui assurent les soins à domicile ont l'impression de subir énormément de pression. Cela donne lieu à plusieurs phénomènes intéressants. Parfois elles consacrent une bonne partie de leur temps de loisirs à assurer des soins à d'autres, si bien qu'elles sont à la fois soignantes rémunérées et bénévoles. Si elles font du bénévolat, c'est parce qu'elles ne sont pas rémunérées pour le nombre d'heures qui seraient requises pour fournir au malade les soins qu'il lui faut. Cela soulève donc la question de la suffisance des crédits disponibles.

Les normes de travail posent également problème. Je crois savoir qu'il existe des variations en ce qui concerne le paiement du temps de déplacement, le kilométrage, etc.

Une autre difficulté concerne la grande variabilité des taux de rémunération de ce genre de personnel d'un bout à l'autre du pays. Ainsi on pourrait envisager de préconiser une série de normes de travail raisonnables qui s'appliqueraient dans toutes les régions du pays.

Cette question relève de la responsabilité des provinces, mais il serait tout de même possible de faire des recommandations ou d'élaborer des normes à cet égard. Ces normes permettraient de garantir que les gens n'ont pas à payer l'utilisation de leur propre véhicule, que leur temps de déplacement est rémunéré; et qu'ils ne sont pas obligés de faire du bénévolat dans le cadre même de leur travail rémunéré.

Il conviendrait également d'examiner les salaires. Je ne sais pas si c'est vraiment le double, mais je sais que les soignants qui assurent les soins à domicile en Colombie-Britannique sont très bien payés. Dans certaines provinces, des personnes effectuant le même travail peuvent toucher un salaire qui correspond aux deux tiers ou peut-être seulement la moitié du salaire que reçoivent les travailleurs de la Colombie-Britannique.

Il y a énormément de variations, pour ce qui est non seulement de la rémunération mais des normes de travail. Vous voudrez peut-être vous intéresser à la question.

Mme Hansen: Je suis d'accord avec les observations de mes deux collègues.

Au Nouveau-Brunswick, nos professionnels de la santé bénéficient des mêmes taux salariaux que le personnel hospitalier. Par contre, les travailleurs qui assurent les services de soutien à domicile gagnent environ 12 \$ de l'heure. Nous attendons avec impatience les résultats de l'étude qui est en cours pour pouvoir examiner les recommandations.

M. Hollander: Par contraste, le taux salarial est de 18 \$ à 20 \$ de l'heure en Colombie-Britannique. Ça fait une grande différence.

Senator Robertson: From what I understand, part of the problem of frustration and failure in other jurisdictions relates to the turf issue; everyone is protecting what they were doing before. I assure you we faced some of that attitude. Twenty years ago, we felt that we could no longer afford this foolish protection of turf. Somewhere along the way, we have to bite the bullet and say: "You are going to work together or not at all. It is as simple as that." "Decisions must be made."

I remember when the VON became hysterical. That was before your time. VON happened to be more expensive than public health nurses and nurses in hospitals. We told them that we were sorry, and that they could do their own thing but it had to be outside of the system. We used our own people.

I must say the quality of the nurses was the best in the province because they were looking forward to the independence and the ability to use their training properly. They were in charge of the patient with periodic reference to a physician, if that need arose.

You must tear down the turf attitude. We will have the same problem with the health professionals. For some reason or the other, in the health system, we have been afraid to say no. Somewhere along the way, governments will have to say "no."

I know a fair amount about the system across the country, and there are certainly abuses in psychiatric hospitals, even though we have closed many down. There is abuse in nursing homes. You can mark it all the way down the road, and you must structure for that.

If we do not come to some logical resolution of this issue, given the demographics over the next 15 years, everyone will be frantically adding to their hospital structures. How are we going to accommodate the demographics as the population ages? Surely, from an ethical point of view, we are guilty of warehousing.

Most people do not like to adopt what small provinces do; they think that to put a sophisticated idea forth they must have an academic background. I do not mean that in an abusive way. As we say outside of Toronto: "Toronto is the centre of the universe."

In your additional research, strive for something that is practical. If you keep the silos, it is not practical.

Le sénateur Robertson: Si j'ai bien compris, la frustration des administrateurs d'autres provinces et leur incapacité à faire des progrès sont liées en partie à des querelles de clocher; chacun protège son petit territoire. Je vous assure que nous nous sommes heurtés au même problème. Il y a 20 ans, nous avons décidé que nous ne pouvions plus nous permettre ce genre de rivalités de clocher ridicule. À un moment donné, il faut tout simplement trancher et dire aux gens: «Ou alors vous acceptez de collaborer avec les autres, ou alors vous ne travaillerez plus. C'est aussi simple que ça.» «Il y a des décisions à prendre.»

Je me rappelle de la réaction hystérique de VON, soit les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada. C'était avant votre temps. Les services de VON coûtaient plus cher que ceux des infirmières hygiénistes ou du personnel infirmier hospitalier. Par conséquent, nous leur avons dit que nous étions désolés, qu'ils pourraient continuer à faire ce qu'ils voulaient, mais qu'il faudrait que ce soit en dehors de notre système. Donc, par la suite, nous avons utilisé notre propre personnel.

Je dois dire que la qualité des services infirmiers était sans égale dans la province, parce que les infirmiers et infirmières étaient contents de leur indépendance et de la possibilité de vraiment exercer leur métier. Les infirmiers et infirmières étaient chargés de soigner le patient avec des consultations périodiques auprès du médecin, s'il le fallait.

Il faut donc éliminer cet esprit de clocher. Nous aurons le même problème avec les professionnels de la santé. Pour une raison ou une autre, dans le système de soins, nous avons toujours eu peur de dire non. Mais à un moment donné, les gouvernements seront bien obligés de dire: non.

Je suis assez bien renseignée sur le système dans toutes les régions du pays, et je sais qu'il y a certainement un problème de mauvais traitements dans les hôpitaux psychiatriques, même si nous en avons fermé un bon nombre. Ce même problème de violence et de négligence se pose dans les maisons de repos. On peut prévoir que ce sera un problème dans tous les secteurs, et structurer le système en conséquence.

Si nous ne trouvons pas un moyen logique de solutionner ce problème, vu l'évolution démographique qui est prévue au cours des 15 prochaines années, il est probable que tous et chacun se mettront à élargir leurs structures hospitalières à droite et à gauche. Qu'allons-nous faire pour être à même de desservir la population au fur et à mesure qu'elle vieillit? À mon avis, sur le plan déontologique, nous pouvons tous nous reprocher d'écarter les principes qui ne nous conviennent pas.

La plupart des gens n'aime pas l'idée de suivre ce que font les petites provinces; ils se disent que pour avoir des idées raffinées, il faut forcément être universitaire. Je ne dis pas ça pour offusquer quiconque. Mais comme le disent ceux qui se trouvent loin de Toronto: «Toronto est le centre de l'univers.»

Dans le cadre de vos recherches, efforcez-vous de trouver des solutions pratiques. Si vous conservez le cloisonnement actuel du système, ce ne serait pas une solution pratique.

The Chairman: I thank the three of you for coming. You have been extraordinarily helpful to us. We appreciate you taking the time to be with us, since you all came from out of town.

Senators, the steering committee decided it would be useful to have Professor Brian Ferguson of the University of Guelph, do a rebuttal piece to that research study that commented on private sector hospitals being less effective and having higher mortality rates. Apparently there are significant problems with the research design, as both Senators Keon and Senator Morin pointed out. Professor Ferguson is willing to do the research, but I need a motion to that.

Senator Cordy: I so move.

The Chairman: Is it agreed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Carried.

Honourable senators, you will recall that David Stewart-Patterson presented a brief to the Romanow commission about three or four weeks ago. It received a considerable amount of coverage. It concerned the desirability of having an arm's length administration of health care budgets.

Mr. David Stewart-Patterson, Senior Vice-President, Policy, Canadian Council of Chief Executives: There are several points we want to make on the future of health care in Canada. One of them has to do with the fact that we want to recognize that there is a role for the private sector, even in the delivery of public health care within Canada. I think this committee has recognized that, noting the discussion about the appropriate role of public and private in the provision of health care as being counter-productive and diverting energy away from the vital task of systemic reform.

I want to thank the committee for providing an environment in which we can have a discussion of ideas based on their merits. In any discussion of how we are going to provide better health care to Canadians in future, we must look at how to do that most effectively. There are private sector avenues that will be necessary.

I do wish to highlight the concept of sustainability. This committee has concluded that the existing public system is not sustainable and therefore needs new sources of revenues. One point we continue to make is that it is pointless to talk about sustainability solely in the context of government's capacity to be able to finance the financial portion of the system.

"How much health care can we afford as a society?" We find the answer in economic development more than anywhere else. If you look at the industrialized world, the wealthier societies are, the more they spend on health care because they can afford it.

Le président: Je tiens à remercier nos trois témoins de leur présence. Vous avez apporté une contribution des plus utiles à nos travaux. Nous vous remercions d'avoir pris le temps de comparaître devant le comité, étant donné que vous venez tous d'ailleurs.

Sénateurs, le comité directeur a décidé que ce serait utile d'inviter le professeur Brian Ferguson, de l'Université de Guelph, à préparer une réplique à l'étude qui soutenait que les hôpitaux privés sont moins efficaces et ont des taux de mortalité plus élevés. Il paraît que la méthodologie de recherche pose vraiment problème, comme nous l'ont fait remarquer les sénateurs Keon et Morin. Le professeur Ferguson est prêt à entreprendre ce projet de recherche, mais il faut adopter une motion en ce sens.

Le sénateur Cordy: J'en fais la proposition.

Le président: Honorables sénateurs, êtes-vous d'accord?

Des voix: D'accord.

Le président: C'est adopté.

Honorables sénateurs, vous vous souviendrez que David Stewart-Patterson a présenté un mémoire devant la Commission Romanow il y a trois ou quatre semaines. On en a beaucoup parlé dans les médias. Son mémoire portait sur l'opportunité de faire administrer les budgets sanitaires par un organisme indépendant.

M. David Stewart-Patterson, vice-président principal, Politiques, Conseil canadien des chefs d'entreprise: Je voudrais aborder quelques points importants concernant l'avenir des soins de santé au Canada. Le premier concerne le fait qu'il convient de reconnaître le rôle du secteur privé, même dans la prestation des soins de santé publique au Canada. Je crois que le comité en est déjà conscient, puisqu'il a indiqué que le débat concernant le rôle approprié des secteurs public et privé dans la prestation des soins de santé était futile et nous avait simplement détournés de la tâche critique consistant à réformer le système.

Je tiens, d'ailleurs, à remercier les membres du comité d'avoir créé un environnement dans lequel il est possible de vraiment débattre du bien-fondé de différentes idées. Dans toute discussion concernant les mesures à prendre pour assurer de meilleurs soins de santé aux Canadiens à l'avenir, il convient d'examiner les moyens qui vont nous permettre d'y arriver, le plus efficacement possible. Cela suppose forcément le recours, dans certains cas, au secteur privé.

Je voudrais aussi insister sur le concept de la viabilité. Le comité a conclu que le système public actuel n'est pas viable et doit trouver de nouvelles sources de revenus. Pour notre part, nous insistons sur le fait que cela ne sert à rien de parler de viabilité uniquement sous l'angle de la capacité du gouvernement de financer le volet public du régime de soins de santé.

Quel degré de soins pouvons-nous nous permettre, en tant que société, d'offrir à nos citoyens? Pour nous, il faut chercher la solution dans les initiatives de développement économique plus qu'autre chose. Si vous regardez les pays industrialisés, vous constaterez que plus les sociétés sont riches, plus elles consacrent de crédits à leur système de soins parce qu'elles peuvent se le permettre.

How they divvy up those costs between the public and private sectors is a separate issue. If we are really talking about sustainability and access to the highest possible level of health care, then we must worry about getting the economy right first. To a great extent, if we look at it around the world and the number of innovations that are being developed in terms of new treatments and preventative techniques and so on, our standard of living in raw economic terms is going to determine how many of those innovations Canadians get access to. We can make choices in terms of what should be public and private, and that affects which individuals may have access, but the total amount available is going to be driven by the economy.

Let me discuss the Crown corporation concept. This approach is consistent with the approach this committee has recommended in terms of the separation of the three key functions of insurance, delivery and evaluation. We agree that the single public funder model on the insurance side makes a lot of sense, both in terms of fairness and administrative efficiency. We agree with the notion that an evaluation of how well the health system is doing must be independent if it is going to be effective, but we see a greater need for diversity, flexibility and competition in delivering health care to Canadians.

That is where we tabled this notion of converting provincial health care bureaucracies into a Crown corporation. The primary benefit of forming a Crown corporation would be the separation of the political issue of who to cover, what to cover, or how much to cover publicly, from the management question of how to deliver the services most effectively. I am not the only one who has come before this committee to talk about the benefits of that sort of separation. I think Jeffery Lozon referred to separating delivery from the daily parry and thrust of the political world.

Our members approached this notion with a significant degree of concern. Crown corporations are not a guaranteed recipe for success. We have had many examples of Crown corporations that have not worked, or not worked as well as they should have. Therefore, the whole notion of how you govern a Crown corporation will be critical, especially when we are talking about health care and people's lives being at stake.

We see a number of advantages in terms of the Crown corporation model. The ability to raise capital on terms that are roughly equal to or close to sovereign rates; the ability to encourage competition for that capital within the health care system; and the ability to allocate it according to various marginal benefits; are but a few of the advantages to the Crown corporation model.

Quant à savoir comment elles répartissent les dépenses entre les secteurs public et privé, c'est une question tout à fait à part. Si nous parlons vraiment de viabilité et de l'accès à la meilleure qualité possible de soins de santé, nous devons tout d'abord nous assurer que l'économie est sur la bonne voie. Dans une très large mesure — et il suffit de regarder ce qui se passe dans le monde et le nombre d'innovations en matière de nouveaux traitements, de techniques de prévention, et cetera. — c'est notre niveau de vie, en termes purement économiques, qui déterminera dans quelle mesure les Canadiens pourront profiter de ces innovations. Nous pouvons toujours choisir quelles activités devraient être publiques ou privées, ce qui va nécessairement influencer le degré d'accès des citoyens individuels, mais du point de vue du système dans son ensemble, c'est la vitalité de notre économie qui va déterminer l'ampleur et la qualité de notre régime.

Permettez-moi maintenant d'aborder cette notion de société d'État. Cette approche est tout à fait conforme à celle recommandée par le comité, en ce qui concerne la séparation des trois fonctions clés: l'assurance, la prestation et l'évaluation. Nous sommes d'accord pour dire qu'une approche par financement public unique offre maints avantages sur les plans de l'équité et de l'efficacité administrative. Nous acceptons la notion selon laquelle une évaluation du rendement du système de santé doit être indépendante pour être efficace, mais en même temps, nous percevons un besoin pressant de diversité, de souplesse et de concurrence accrue dans la prestation des soins de santé aux Canadiens.

C'est là qu'intervient notre recommandation selon laquelle il conviendrait peut-être de convertir la grande majorité des administrations provinciales de soins de santé en sociétés d'État. Un tel changement aurait pour principal avantage d'écarter la question politique consistant à déterminer qui doit être assuré, quels services doivent l'être et quel éventail de services doit être financé par les deniers publics — de la question purement administrative consistant à savoir comment on peut assurer les services de la façon la plus efficace possible. Je ne suis pas le seul à avoir chanté les louanges de ce genre de séparation devant le comité. Si je ne m'abuse, Jeffery Lozon a également parlé de l'importance de mettre le système à l'abri des vicissitudes du milieu public.

Je dois dire que nos membres étaient très inquiets face à cette possibilité-là. La création de sociétés d'État n'est certes pas une garantie de succès. Nous avons de nombreux exemples de sociétés d'État qui n'ont pas marché, ou qui donnaient des résultats inférieurs à ceux qu'on attendait d'elles. Par conséquent, la question de la méthode de régie d'une société d'État sera critique, notamment quand on parle de soins de santé et de la vie des gens.

Pour nous, le modèle de la société d'État présente de nombreux avantages: la possibilité de lever les capitaux nécessaires à des taux qui se rapprochent de ceux dont bénéficie l'État; la capacité de favoriser la concurrence pour ces capitaux au sein du système de soins; et la possibilité d'affecter les capitaux en fonction des meilleurs avantages marginaux; voilà donc quelques-uns des nombreux avantages que présente le modèle de la société d'État.

The continuity of management and consistency of decision-making is another benefit that seems to have emerged from my discussions with people involved in the health care delivery system, both in terms of business leaders in their volunteer capacity as well as professionals within the management structure. When you are involved in multi-year, complex projects the ministerial and bureaucratic turnover can be significant. Breaking in a new minister and a new deputy every six months or so has proved to be a significant impediment to the management of major projects in terms of reform of delivery. We have examples of that if you wish.

In regard to access to capital, I mentioned public-private partnerships as a potential avenue for getting more capital into the system. Again, these are complex arrangements. In order to work well and deliver value to taxpayers, they have to be well managed. That requires significant expertise. The experience of various institutions that have gotten into this is that it takes a lot of time and effort to go through the learning curve in terms of how to manage projects like this properly. Obviously, if you centralize that expertise at a provincial level so that you can get at it, rather than having to go through the learning curve every time, you are going to have greater efficiencies out of public-private partnerships. You will get better and more consistent results.

Finally, I talked about economies of scale and the various other benefits, consolidating purchasing and provision of other services like information technologies, and so on. Many provinces already recognize the benefits of doing that at a regional level. There is certainly evidence that further economies of scale can be realized if you consolidate things such as complex corporate services in a similar way at the provincial level.

This comes down to putting incentives into the system. The advantage of a Crown corporation-type structure at the provincial level is that it has the benefits of continued public ownership, and ultimate control with the simultaneous benefits of a private sector attitude in terms of decision-making and the disciplines that go with the corporate structure. There is potential for incentives in there for a whole range of things. The Crown corporation structure is consistent with authority to negotiate compensation at the doctors' levels, and service-based compensation for hospitals and other institutions, so there is a greater potential to get there from here through a structure like that and put a greater degree of incentive into the system, incentives that would apply to a range of actors across the system.

Les avantages de la continuité de la gestion et de la cohérence du processus décisionnel en sont d'autres qui ont émergé de mes discussions avec diverses personnes qui participent activement au système de prestation des soins, qu'il s'agisse de chefs d'entreprises qui le font en tant que bénévoles ou de professionnels qui oeuvrent au sein de la structure administrative. Quand il s'agit de projets pluriannuels complexes, le roulement du personnel ministériel et bureaucratique peut être considérable. La nécessité d'aider un nouveau ministre et un nouveau sous-ministre à se faire au travail tous les six mois s'est révélée un obstacle important à la bonne gestion de projets majeurs visant à réformer la prestation des soins. Nous en avons des exemples concrets à vous présenter, si vous le désirez.

Pour ce qui est de l'accès aux capitaux, j'ai parlé de partenariats entre les secteurs public et privé en tant que moyen potentiel d'accroître le financement du système. Encore une fois, de tels arrangements peuvent être complexes. Pour que des ententes de ce genre donnent de bons résultats et soient intéressants pour les contribuables du point de vue de leur rapport coût-efficacité, il faut qu'ils soient bien administrés. Cela suppose une expertise considérable. Les divers établissements qui en ont fait l'expérience se sont rendu compte que cela suppose énormément de temps et d'efforts pour apprendre à gérer convenablement des projets de ce genre. Évidemment, si vous centralisez cette expertise au niveau provincial de façon à pouvoir y accéder facilement, plutôt que d'avoir une succession de personnes qui doivent chaque fois apprendre à faire ce travail, il est certain que ces partenariats entre les secteurs public et privé se traduiront par une plus grande efficacité générale. Vous aurez des résultats qui sont à la fois meilleurs et plus uniformes.

Enfin, j'ai parlé d'économies d'échelle et de divers autres avantages, tels que le regroupement des acquisitions et la prestation centralisée de certains services — par exemple, dans le domaine informatique, et cetera. De nombreuses provinces ont déjà compris que cette façon de faire présente des avantages intéressants au niveau régional. Il y a tout lieu de croire que d'autres économies d'échelle pourront être réalisées si l'on regroupe certains services complexes comme cela a été fait au niveau provincial.

Il s'agit aussi d'introduire des mesures d'incitation dans le système. L'avantage d'une structure provinciale semblable à celle de la société d'État, c'est qu'elle présente l'avantage de conserver la propriété publique et d'exercer un contrôle rigoureux, tout en créant le genre d'attitude qui caractérise davantage le secteur privé, du point de vue de la prise de décisions et des disciplines qui doivent accompagner une structure d'entreprise. Ce modèle permet également d'offrir des encouragements à l'égard de toute une gamme d'activités. La structure de la société d'État prévoit aussi le pouvoir nécessaire de négocier la rémunération des médecins et le paiement en fonction des services pour les hôpitaux et d'autres établissements; on a beaucoup plus de possibilités d'en arriver là avec une structure comme celle-là, et de créer des encouragements dans l'ensemble du système, encouragements qui viseraient tout un éventail d'acteurs qui font partie du système.

The Chairman: Do you see, in provinces with regional health authorities, each of the regional health authorities being a Crown corporation in and of itself? That is to say, if you had a regional health authority you would not need both a provincial government Crown corporation and the regional health authorities. The funds could go directly to the regional health authorities. In Ontario, which does not have regional health authorities, the province might well need it. Have you thought that through?

Mr. Stewart-Patterson: Obviously, where there are no regional health authorities, it is a relatively simple exercise. Where regional authorities do exist, yes, you could say, "In our view, in this province, we have already achieved the optimal scale at the regional level, and we want to leave it there, and we will simply change what we contract for and how we manage those relationships."

The kinds of advantages I am talking about: the integration of complex corporate services; the information infrastructure; the contracting infrastructure; management of public-private partnerships; access to capital; will probably be more effective at the provincial level. Then we need to ask: What is the appropriate role of the regional authority? Is there still a rationale for making some decisions at a regional level as you would, say, at a divisional level in a for-profit corporation, or would it be more efficient to move away from that layer and deal directly with individual institutions?

Regional health authorities seem to have brought some strengths to the table, and I would not want to abandon those precipitously without being sure those benefits would still be captured at the provincial level. One of the tricky calls within health care delivery is, you want the economies of scale and the efficiency of management; while local responsiveness and accountability is still a concern as well. People's needs for health care are local. We have seen that locally, for instance, in the discussions in terms of the location of paediatric cardiac care as a specialized function.

When we are talking about centres of excellence, we know that we achieve both better health outcomes and greater economic efficiencies when you concentrate procedures. You then have some offset risks when people must travel further in order to get access to those centres. The judgments that come into play can get tricky.

Paediatric cardiac issues have arisen in the Western provinces. The Capital Health District in Edmonton provides those services not just for all of Alberta, but for other provinces as well. There is an agreement in the West that it is better to have one centre that does its job well even though it means people must travel to get there. I am not familiar with the economics and the specifics of

Le président: Dans les provinces qui ont des régies régionales de la santé, est-ce que vous considérez ces dernières comme constituant une société d'État? Autrement dit, là où il existe des régies régionales de santé, on n'aurait pas besoin à la fois d'une société d'État provinciale et de régies régionales de la santé. Ainsi les crédits pourraient être versés directement aux régies régionales de la santé. Par contre, l'Ontario n'a pas de régies régionales pour la santé, si bien qu'elles pourraient avoir besoin de ce genre de structure. Avez-vous pensé à cette possibilité?

M. Stewart-Patterson: Évidemment, là où il n'y a pas de régies régionales de la santé, l'exercice est relativement simple. Là où elles existent, il suffirait de dire: «À notre avis, dans cette province, nous avons déjà atteint l'échelle optimale au niveau régional, et nous allons donc conserver cette structure et nous contenter de changer les services que nous sous-traitons et la façon de gérer nos relations avec autrui.»

Voilà le genre d'avantages dont je parle: l'intégration de services complexes; l'infrastructure de l'information; l'infrastructure de la sous-traitance; la gestion des partenariats entre les secteurs public et privé; l'accès aux capitaux; toutes ces activités seront sans doute plus efficaces au niveau provincial. Il faut alors se demander: Quel est le rôle approprié d'une régie régionale? Est-il justifié de prévoir que certaines décisions soient prises au niveau régional, comme on le ferait au niveau divisionnaire pour une société lucrative, où serait-il plus efficace d'éliminer cette couche de bureaucratie et de traiter directement avec les établissements individuels.

Les régies régionales de la santé semblent avoir certaines forces qui ont profité au système, et je ne voudrais pas les abandonner précipitamment sans être sûr que ces avantages continuent d'exister au niveau provincial. Ce qui peut être délicat dans la prestation des soins, c'est qu'on veut réaliser des économies d'échelle et créer une administration efficace tout en conservant la capacité de répondre aux besoins locaux et en s'assurant de la responsabilisation de tous les intervenants. Les besoins des citoyens en matière de soins de santé se font sentir au niveau local. C'est ce que nous avons constaté ici, par exemple, notamment dans le contexte du débat sur l'emplacement de l'unité de cardiologie infantile, qui assure des services spécialisés.

En ce qui concerne les centres d'excellence, nous savons que ces derniers permettent d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan de l'état de santé de la population et d'atteindre un niveau supérieur d'efficacité lorsqu'on regroupe les actes médicaux dans des centres spécialisés. Évidemment, cela crée certains risques, puisque les citoyens doivent aller plus loin pour accéder à ces centres. C'est là que les décisions et les facteurs qui influencent les décisions peuvent être délicats.

Le problème des services de cardiologie infantile s'est également posé dans les provinces de l'Ouest. À Edmonton, le Capital Health District fournit ces services non seulement dans toute la province de l'Alberta, mais dans les autres provinces également. Ils ont conclu dans l'Ouest qu'il est préférable d'avoir un centre qui fait bien ce travail, même si les gens sont obligés de

what is being discussed in Ontario. I just know that it has come up recently in the local context, and I mention it in that regard.

The Chairman: You point out correctly on page 8 of your brief:

But to be provocative, what incentives for population health are implied by a GST that is applied to hockey sticks and roller blades but not to fatty foods? And why is it that employers can provide insurance for supplementary health care as a non-taxable benefit, but not subsidies for health club memberships?

You go on to pose the question: Is it possible to adjust the tax system in some way so that people who do healthy things will get, in a sense, a tax credit for it?

The committee has expressed a view that this is an issue that needs to be addressed. Do you have a more comprehensive list?

Mr. Stewart-Patterson: No, I do not. However, I wish to make it clear, that our members have not decided on a path that needs to be followed. We simply point out that if the objective is to encourage greater population health, we must look at the prevention side as well as the care side. The tax policy has a potential role to play on both sides of the equation.

As a matter of principle, we tend to favour tax policy that is simple rather than complex. We want to get away from the micromanagement of what items should be subject to special exemptions and things of that nature. The fact remains that you are able to tilt the tax system to encourage certain outcomes. That is one way to create incentives.

The Chairman: We have said that we will put in a specific proposal for raising additional revenue. That leads me to your comments about the tax system. You clearly favour our proposal for raising additional federal revenue. You state on Page 4:

The more Canada chooses to spend on health care through the public system, therefore, the more it will have to shift its tax mix toward a consumption base in order to remain competitive.

Are you saying, "If you are going to increase revenues, do it by the GST"?

Mr. Stewart-Patterson: Not necessarily. If you impose an extra tax, do you do it on the basis of people's ability to pay? This model takes tax through consumption tax or income tax. Do you do it on the basis of a flat premium, which is basically a head tax you pay regardless of how much money you make or how much

se déplacer pour s'y rendre. Je ne suis pas au courant des arguments économiques ni des facteurs précis qui font l'objet de la discussion en Ontario. Je sais seulement qu'il en a été récemment question localement, et c'est pour cette raison que j'en parle.

Le président: Vous dites ceci, à juste titre, à la page 8 de votre mémoire:

Pour provoquer la discussion, j'aimerais savoir quels encouragements à la santé de la population on peut dégager d'un système qui applique la TPS aux bâtons de hockey et aux patins à roues alignées mais pas aux aliments gras. Pourquoi les employeurs peuvent-ils fournir une assurance supplémentaire de soins de santé comme avantage non imposable, mais non le paiement de cotisations à un club de santé?

Ensuite vous posez la question que voici: Serait-il possible de modifier le régime fiscal pour accorder une forme de dégrèvement fiscal aux citoyens qui font l'effort de rester en bonne santé?

À cet égard, le comité a émis l'opinion que cette question doit absolument être examinée. Avez-vous une liste plus complète?

M. Stewart-Patterson: Non. Mais je tiens à préciser que nos membres n'ont pas encore décidé quelles mesures seraient les plus appropriées. Nous insistons simplement sur le fait que si l'objectif fixé consiste à encourager la population à améliorer son état de santé, il faut mettre l'accent sur la prévention, et pas seulement sur les soins. Dans ce contexte, la politique fiscale peut jouer un rôle de part et d'autre.

Pour des raisons de principe, nous avons tendance à préférer que notre politique fiscale soit simple, plutôt que complexe. Il faut éviter de faire de la microgestion à l'égard des articles qui devraient faire l'objet d'exclusions spéciales, et cetera. Le fait est que vous avez la possibilité d'orienter le régime fiscal pour encourager certains résultats. Voilà une façon de créer des encouragements.

Le président: Nous avons déjà dit que nous allons élaborer une recommandation spécifique touchant la collecte de revenus additionnels. Voilà qui m'amène à vos observations sur le régime fiscal. De toute évidence, vous êtes d'accord avec notre proposition touchant la collecte de recettes fédérales additionnelles. Vous dites ceci à la page 4:

Plus le Canada s'engage vers des dépenses en soins de santé par le truchement d'un système public, plus il doit, s'il veut demeurer compétitif, restructurer son assiette fiscale en fonction de la consommation.

Êtes-vous en train de nous dire: «Si vous comptez recueillir des recettes additionnelles, faites-le par l'entremise de la TPS»?

M. Stewart-Patterson: Pas nécessairement. Si vous prélevez un impôt supplémentaire, allez-vous le faire en fonction de la capacité contributive des citoyens? Selon ce modèle, il faut opter soit pour une taxe à la consommation, soit pour un impôt sur le revenu. Faut-il prévoir un taux uniforme, qui correspond à une

use you make of the system? The third model, like the Tom Kent model imposes a tax based on the use of the system.

The Chairman: Such as the C.D. Howe model?

Mr. Stewart-Patterson: In other words: What is the fairest way to do things? You can make a choice along that spectrum without any significant economic impact. There are ways to have and equivalent economic impact no matter which way you choose to go. For instance, you can impose a consumption tax through a progressive income tax system.

Consumption-based income tax is a well-studied concept. It essentially means that you impose a progressive income tax structure based not on how much people make, but on how much of what they make they do not save. Effectively, that provides, within the income tax system, greater incentive for tax-sheltered savings. Thus, people only pay income tax on the basis of what they do not tuck away for future needs.

There are number of ways to collect a consumption-based form of tax, whether you want to do it based on ability to pay, or based on use of the system or through a premium. The more money, in total, that governments at all levels want to raise, whether for health care or for other public purposes, the more they will have to lean towards consumption-based taxes, if they wish to maintain any kind of competitiveness at an economic level. A number of economists, such as Tom Courchene have made this argument.

The Chairman: Are you saying that international comparisons focus on income taxes and seldom lump the total tax burden in, even if it is like a consumption tax? If you make an adjustment in taxes to increase federal revenue is it better to do it in broad tax policy terms through a consumption tax or through, some form of a premium rather than directly through income tax?

Mr. Stewart-Patterson: The greatest economic impacts on the ability of the economy to grow is the rate of personal income tax, and corporate decisions on where and how much to invest.

There are various estimates in terms of the economic damage. We cited one that the Department of Finance provided the OECD in 1997. That estimate indicated that the marginal economic burden of an extra dollar of taxation was about nine times as high

forme de capitation en ce sens que vous payez la même somme quels que soient vos revenus ou quelle que soit votre utilisation du système? Le troisième modèle, qui ressemble à celui proposé par Tom Kent, prévoit le prélèvement d'un impôt selon l'utilisation du système de soins.

Le président: Comme le modèle proposé par l'Institut C.D. Howe?

M. Stewart-Patterson: Il s'agit, autrement dit, de se demander quelle serait la formule la plus équitable. On peut faire un choix, parmi l'éventail des possibilités, qui ne comporte pas de conséquences économiques importantes. Il y a aussi des options qui auront la même conséquence économique pour tout le monde que cela passe par l'une ou l'autre des deux formules. Par exemple, vous pouvez prélever une taxe à la consommation, mais en passant par un régime fiscal progressif.

Le concept d'un impôt sur le revenu basé sur la consommation en est un qui a fait l'objet de nombreuses études. Cela signifie essentiellement que vous prévoyez un impôt sur le revenu progressif qui est calculé non pas en fonction des gains des citoyens, mais plutôt des gains qui ne sont pas économisés. Ainsi, en passant par le régime fiscal, on peut encourager davantage les citoyens à investir leurs gains dans des véhicules d'épargne qui bénéficient d'un abri fiscal. Donc, les citoyens paient des impôts sur le revenu en fonction de ce qu'ils n'ont pas mis de côté pour répondre à leurs besoins futurs.

Il y a diverses manières de prélever une taxe à la consommation que ce soit fondé sur la capacité contributive ou l'utilisation du système, ou qu'elle prenne carrément la forme d'une prime. Plus la somme que les gouvernements à tous les paliers veulent réunir est importante, que ce soit pour les soins de santé ou d'autres services d'utilité publique, plus ils devront compter sur les taxes à la consommation pour le faire, s'ils souhaitent maintenir un minimum de compétitivité sur le plan économique. Plusieurs économistes, y compris Tom Courchene, ont fait valoir ce même argument.

Le président: Donc, selon vous, les comparaisons internationales mettent l'accent sur les impôts sur le revenu et tiennent rarement compte du fardeau fiscal global, même s'il s'agit d'une taxe à la consommation? Si vous rajustez les taux d'imposition pour réunir plus de recettes fédérales, est-il préférable, du point de vue de la politique fiscale dans son ensemble, de recourir à une taxe à la consommation pour y arriver ou d'imposer une forme quelconque de prime plutôt qu'un impôt sur le revenu?

M. Stewart-Patterson: Le facteur économique qui influe le plus sur les possibilités de croissance économique est le taux d'imposition du revenu des particuliers, de même que les décisions des entreprises sur les types d'investissements qu'il faut privilégier et les sommes à investir.

Il existe diverses estimations concernant l'ampleur des conséquences économiques négatives. Nous avons cité l'estimation fournie par le ministère des Finances à l'OCDE en 1997. Selon cette estimation, le fardeau économique marginal

for corporate income tax as it was for the same amount of revenue raised through a sales tax.

The Chairman: Was the study done by the federal Department of Finance?

Mr. Stewart-Patterson: It was part of an OECD study, but they attributed the estimate to the Department of Finance.

I have seen other estimates. However, there is a pretty consistent relationship that indicates that the more you lean on an income base, the more you discourage people from working harder, and the more you discourage companies from investing. When that situation occurs you discourage the economic growth that you are depending upon for sustainability.

The Chairman: You say that a GST consumption-tax driven model is different because people are spending money in any event.

Mr. Stewart-Patterson: The economic evidence is that it does relatively less damage to economic growth when you raise an extra dollar.

The Chairman: What is your view of a health care premium, essentially an insurance policy, which varies somewhat linearly with income? Where does that fit on your spectrum?

Mr. Stewart-Patterson: If you apply that to an income base, that is based on the current definitions of taxable income, then effectively you make it an income tax and you might as well load it on. On the other hand, the progression curve is not as steep. The more it affects people decisions about working harder, or making investments in the future, the more impact it will have on economic growth. The steeper the curve, the more impact it has.

The Chairman: Senator LeBreton will continue question and will take over as chair.

Senator LeBreton (*Deputy Chairman*) in the Chair.

The Deputy Chairman: Mr. Stewart-Patterson, I get a great deal of enjoyment listening about all the good things about the GST. I actually did make a note of the hockey sticks versus fatty foods point. I remember the debate about taxes on foods. Needless to say, even though people think there is not much of a price to pay now, there was a hell of a price to pay when it was brought in. I have the scars and so do my colleagues, to show for it.

Mr. Stewart-Patterson: Even though a tax is economically more efficient does not make it more popular.

The Deputy Chairman: No, and we have learned that. The best compliment is that it has not been gotten rid of.

d'un dollar d'impôt de plus était neuf fois plus lourd pour les sociétés, comparativement à une taxe de vente permettant de prélever les mêmes recettes.

Le président: Est-ce qu'il s'agissait d'une étude menée par le ministère fédéral des Finances?

M. Stewart-Patterson: C'était plutôt une étude de l'OCDE, mais cette estimation était attribuée au ministère des Finances.

J'en ai vu d'autres aussi. Mais disons que la corrélation est toujours assez évidente; autrement dit, plus vous recourez à l'impôt sur le revenu pour accroître les recettes gouvernementales, plus vous découragez les citoyens de travailler plus tard, et plus vous découragez les entreprises d'investir. Dans une telle situation, vous découragez forcément la croissance économique dont vous dépendez pour assurer la viabilité du système.

Le président: Donc, d'après ce que vous dites, une taxe à la consommation, du genre TPS, n'a pas les mêmes conséquences parce que les gens dépensent de toute façon.

M. Stewart-Patterson: Les faits laissent supposer que pour prélever un dollar d'impôt de plus, ce genre de taxe compromet moins la croissance économique.

Le président: Que pensez-vous de l'idée de créer une prime pour les soins de santé — en somme, une police d'assurance — qui varierait de façon linéaire selon le niveau de revenu? Où se trouve cette option dans votre éventail de possibilités?

M. Stewart-Patterson: Si vous l'appliquez en fonction du revenu — c'est-à-dire selon les définitions actuelles du revenu imposable — vous en faites essentiellement un impôt sur le revenu, et à ce moment-là, autant en profiter le plus possible. Par contre, la courbe de progression est moins raide. Évidemment, plus elle influence le désir des gens de travailler plus fort ou de faire des investissements à l'avenir, plus elle influera sur la croissance économique. Plus la courbe est raide, plus l'impact de la prime sera importante.

Le président: Le sénateur LeBreton a des questions à vous poser et elle va également occuper le fauteuil.

Le sénateur LeBreton (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

La vice-présidente: Monsieur Stewart-Patterson, j'ai bien aimé entendre toutes ces observations concernant les nombreux avantages de la TPS. J'ai pris note de votre commentaire concernant les bâtons de hockey par opposition aux aliments gras. Je me rappelle bien du débat sur l'opportunité d'une taxe sur les aliments. Et même si les gens pensent que cela ne représente pas grand-chose maintenant, je peux vous assurer que cela a coûté cher au moment où la taxe a été créée. Moi et mes collègues en avons encore les cicatrices.

M. Stewart-Patterson: Le fait qu'une taxe soit plus efficace sur le plan économique ne veut pas dire qu'elle sera plus facile à faire accepter par la population.

La vice-présidente: Non, c'est ce que nous avons compris. Le meilleur compliment qu'on aurait pu nous faire, c'était la décision de la conserver.

My question refers to Crown corporations. I think it is the way to go. It would get rid of many of the problems created in the health care system by changing governments, bureaucracies and ministers. It might end some of these pilot projects that, in many cases, are used for cover by all political parties. They are smokescreens or trial balloons to get them out of a touchy political situation.

How on earth will the federal government get provinces to agree to switch their provincial bureaucracies over to Crown corporations?

Mr. Stewart-Patterson: The short answer is that the provinces would have to see the wisdom of doing it alone. It is a decision for each provincial government to make as to whether it is the best route to take. There is nothing that would require all provinces to do the same thing simultaneously.

We are simply putting this thing forward as a notion that would make sense, given the caveat of good governance, which we do not take for granted. We think it is an avenue that has potential. Frankly, I would not expect it to be deployed simultaneously. The most likely outcome is that one province might see this as a concept worth exploring and try it out and, based on its success or lack thereof, other provinces might be tempted to follow suit. That has been the record of health care innovation in this country since medicare came along in the first place.

The Deputy Chairman: Has your organization given any thought as to how to start this process moving? Is there some kind of incentive or role that the federal government can play in order to get a few provinces involved so that others might join in?

Mr. Stewart-Patterson: Assuming the federal government thinks it is a good idea, we have suggested is that, the federal government look at its existing commitments as a kind of baseline in terms of provincial transfers. To the extent that the federal government increases the resources it is prepared to make available, and that it considers putting those resources into a vehicle that would be a carrot for innovation, there are a number of ways of achieving that. However, the most substantive one to date has been the creation of the Canada Health Infoway which was putting \$500 million, on to the table and into an arm's-length agency to do something they all agreed had to be done.

I am not sure that particular model would be appropriate for the kind of structural change we are talking about, but it is possible for the federal government, to put money on the table in a way that is supportive of innovative efforts by individual provinces rather than distributing it evenly, on the basis of fiscal capacity, or whatever other arrangements have been agreed upon.

Ma question concerne les sociétés d'État. Pour moi, c'est la solution à retenir. Ceci permettrait d'éliminer bon nombre des problèmes causés pour le système de soins par les changements de gouvernement, de bureaucrates et de ministres. Cela permettrait peut-être de mettre un terme à certains projets pilotes qui sont, dans bien des cas, une façon pour tous les partis politiques de protéger leurs arrières. Il s'agit d'un stratagème pour les politiciens ou l'occasion de lancer un ballon d'essai et d'éviter ainsi une situation politique délicate.

Comment le gouvernement fédéral réussira-t-il à faire accepter par les provinces qu'elles transforment leur bureaucratie provinciale en société d'État?

M. Stewart-Patterson: Il faudrait, bien entendu, que les provinces elles-mêmes reconnaissent les avantages d'une telle solution. C'est à chaque administration provinciale de déterminer quelle solution lui semble la plus appropriée. De toute façon, rien n'obligerait les provinces à faire exactement la même chose en même temps.

Nous proposons cette idée parce qu'elle nous semble logique, vu l'impératif de la bonne gouvernance, que nous ne tenons pas pour acquise. À notre avis, c'est une possibilité intéressante. Mais je ne m'attendrais pas à ce que toutes les provinces agissent en même temps. Le scénario le plus probable, c'est qu'une province déciderait que c'est une idée intéressante et qu'il convient de la mettre à l'épreuve, et selon le succès ou manque de succès de son initiative, d'autres provinces seraient peut-être tentées de suivre son exemple. C'est ainsi qu'on a réussi à innover jusqu'à présent dans le cadre du système de soins de santé, depuis sa création, d'ailleurs.

La vice-présidente: Et le Conseil a-t-il réfléchi à ce qu'il faudrait faire pour enclencher ce processus? Y aurait-il moyen pour le gouvernement fédéral de donner des encouragements pour inciter au moins quelques provinces à s'intéresser à la question, pour que d'autres suivent leur exemple?

M. Stewart-Patterson: Si le gouvernement fédéral estime que ce serait une bonne idée, ce que nous proposons, c'est que ce dernier examine ses engagements actuels en les considérant comme une sorte de repère pour fixer les transferts provinciaux. Dans la mesure où le fédéral est disposé à affecter des crédits accrus et qu'il trouve approprié d'investir ces crédits dans un véhicule qui encouragerait l'innovation, il y a plusieurs façons d'y parvenir. La plus importante initiative de ce genre qui a été prise jusqu'ici est la création de la Canada Health Infoway qui consistait à investir 500 millions de dollars pour mettre sur pied un organisme indépendant qui se chargerait d'activités convenues d'avance.

Je ne sais pas si ce modèle-là conviendrait pour le genre de changement structurel dont il est question ici, mais le fédéral pourrait certainement prévoir des crédits pour encourager l'innovation dans les provinces individuelles, au lieu de distribuer ces crédits équitablement, en fonction de la situation financière des provinces ou d'autres accords qui ont été conclus.

Senator Fairbairn: I noticed you sat through a bit of our fairly lively discussion on the home care issue. I am reading with interest your brief in which you talk about Crown corporations as a vehicle of innovation and change.

Can you envision a Crown corporation being of value to a federal government that is trying to bring home care into the national perspective? We have discussed the regional health authorities. The regional health authorities are only as free and effective as their master, the government, permits them to be. We have very good people on regional authorities in Alberta but, when the chips are down, they do not control their own pace of life.

Do you have any thoughts on that?

Mr. Stewart-Patterson: You have raised two issues. One is the governance issue, which is where the Crown structure has an advantage over the regional health authority. We are talking about putting into place service agreements where the amounts of money going into the Crown corporation, would be contractually agreed and therefore subject to less fluctuation from year to year.

Obviously, you would have to adjust those contracts on a year-to-year basis as the government changed its mind in terms of adding additional coverage or so on. They would have more control over how to get things done and how to allocate resources across the full spectrum of care. That is where we get to the question: How much is included in the mandate at the provincial level? Obviously, that will affect how things get done.

In terms of a federal role and an expansion of public care into an area like home care, the big trick is the issue of jurisdiction. The mechanisms for the federal government to get involved goes through the individual, whether it is through the tax system or transfers. That enables individuals to pay as opposed to requiring provision of another broad range of service and defining what level of service that would be.

I am not sure that the kind of approach we are talking about particularly lends itself to federal intervention. There may be ways that the federal government wants to intervene. I am not sure this particular structural change is the way to do it.

Coming back to Senator LeBreton's question, it is possible, to use a model like the Canada Foundation for Innovation to put federal money at arm's length for distribution according to certain principles. The foundation reinforces centres of excellence in research, as opposed to the traditional granting councils and their methodologies. It has been given a mission to go out there

Le sénateur Fairbairn: J'ai remarqué que vous étiez là pendant une bonne partie de notre discussion assez animée sur les soins à domicile. Votre mémoire, dans lequel vous présentez les sociétés d'État comme un véhicule d'innovation et de changement, m'a beaucoup intéressée.

À votre avis, le modèle de la société d'État pourrait-il être valable pour un gouvernement fédéral qui essaie de jouer un rôle à l'échelle nationale dans le secteur des soins à domicile? Nous avons déjà parlé des régies régionales de la santé. Mais les régies régionales de la santé ne sont libres et efficaces que dans la mesure où leur maître — c'est-à-dire le gouvernement — leur permet de l'être. Les responsables des régies régionales en Alberta sont excellents, mais quand les choses vont mal, celles-ci n'exercent plus tellement de contrôle sur leurs activités.

Qu'en pensez-vous?

M. Stewart-Patterson: Vous avez soulevé deux questions. D'une part, la question de la gouvernance, et c'est dans ce contexte que la structure de la société d'État est avantageuse par rapport à celles des régies régionales de la santé. Nous parlons d'un modèle en vertu duquel des ententes de service seraient conclues si bien que les sommes accordées à la société d'État seraient précisées dans un contrat et donc moins susceptibles de fluctuer d'année en année.

Évidemment, il faudrait modifier ces contrats sur une base annuelle, au fur et à mesure que le gouvernement change d'avis ou décide d'ajouter des soins aux services à la gamme des services assurés. Ces sociétés d'État pourraient plus facilement déterminer quels moyens seraient à prendre pour faire telle chose, de même que l'affectation des ressources à tous les différents secteurs qui assurent les soins de santé. Mais cela nous amène à déterminer ce qui est inclus dans le mandat des provinces. Cela va évidemment influencer sur la façon de faire les choses.

En ce qui concerne un éventuel rôle pour le fédéral et l'inclusion des soins à domicile dans le système global de soins de santé, la question la plus épineuse dans ce contexte est celle des compétences. Les mécanismes qui permettraient au fédéral de jouer un rôle passent par les citoyens individuels, que ce soit le régime fiscal ou les transferts. Ce sont des mécanismes qui permettent aux particuliers de payer, contrairement à l'idée d'exiger qu'une autre gamme de services soit offerte et de définir le niveau de service le plus approprié.

Je ne sais pas si le genre d'approche dont il est question ici se prête vraiment à l'intervention fédérale. Le gouvernement fédéral voudra peut-être intervenir d'une façon ou d'une autre, mais je ne suis pas convaincu que ce type de changement structurel correspond au mécanisme le plus approprié en matière d'intervention fédérale.

Pour répondre à la question du sénateur LeBreton, il serait possible de passer par la Fondation canadienne pour l'innovation, par exemple, pour assurer la répartition, par un organisme indépendant, de crédits fédéraux en fonction de certains principes. La Fondation favorise la création de centres d'excellence pour la recherche, par opposition aux conseils subventionnaires

and reinforce success. That has put a new twist on the funding of research and it has had a salutary impact.

Does the health care field lend itself to that model? Not directly.

Senator Fairbairn: Not easily.

Mr. Stewart-Patterson: My reaction is that the federal government has two routes it can follow. This is not something that we discussed as an organization; I am giving you my personal reflection. The first route is to deal directly with Canadians as it has in the past in terms of tax policy and transfers to individuals. The other route is in a collaborative way. Obviously, you can encourage collaboration by putting on money on the table, which comes back to my suggestion that the federal government put incremental funding into health care through a vehicle that will encourage innovation, but it will be difficult to do in a prescriptive way.

Senator Robertson: Are you are recommending that provinces have Crown corporations in their health departments? What about the federal government? Do you favour a Crown corporation there in order for an easier and, perhaps, a more cooperative approach to the provincial Crown corporations?

One of the big problems you have identified is the political wrangling that goes on. The public is getting tired of this and they want some sensible cooperation. If we could have a federal Crown corporation do you think that this would assist in cooperation for the provinces?

Mr. Stewart-Patterson: I think there may be a role for an arm's length body or agency or corporation, at the federal level. It would not have a parallel role.

The basic reason for looking at a Crown structure at the provincial level is to separate the fairness questions of what cover from the management questions of how we deliver. Since the federal government is not directly involved in delivery, that federal separation of responsibility is not really relevant.

The Canada Health Infoway was put at arm's length and federal money went into it at arm's length and that made it easier to get agreement on governance that brought all the provinces on board to work on a national problem, and to work on it jointly. An arm's length relationship at the federal level may be of benefit in making it easier to get collaboration. There may be benefits.

On the other hand, putting it at arm's length is not necessarily a recipe for success. The government tried to put money at arm's length into the Canada Millennium Scholarship and in some cases the provinces have not reacted to that program very well. Much

traditionnels qui ont leur propre méthode. On lui a confié le mandat de renforcer les succès. Cela a donc changé la façon de financer la recherche, ce qui a eu un effet très positif.

Est-ce un modèle qu'on pourrait utiliser pour financer les soins de santé? Pas directement.

Le sénateur Fairbairn: Ni facilement.

M. Stewart-Patterson: Pour moi, le gouvernement fédéral a deux solutions possibles. Ce n'est pas quelque chose dont nous avons discuté au sein du Conseil; là je vous donne mon opinion personnelle. La première consisterait à traiter directement avec les citoyens, comme il l'a toujours fait par le passé, par l'entremise de sa politique fiscale et des transferts aux particuliers. L'autre solution serait la collaboration. On peut évidemment encourager la collaboration en mettant de l'argent sur la table, ce qui rejoint mon autre suggestion, à savoir que le gouvernement fédéral augmente le financement des soins de santé à l'aide d'un véhicule qui encouragera l'innovation mais il faut bien comprendre que ce véhicule ne lui permettra pas de faire cela de façon prescriptive.

Le sénateur Robertson: Recommandez-vous que les provinces transforment leur ministère de la Santé en société d'État? Et le gouvernement fédéral? À votre avis, conviendrait-il de créer une société d'État à l'échelle nationale pour favoriser la coopération avec les sociétés d'État provinciales?

Comme vous l'avez indiqué vous-même, l'une des grandes difficultés qui se posent dans ce domaine est celle des querelles politiques. Le public en a assez et veut que les responsables politiques collaborent les uns avec les autres. Si nous créons une société d'État au niveau fédéral, à votre avis, cela favoriserait-il la collaboration avec les provinces?

M. Stewart-Patterson: À mon avis, un organisme indépendant ou même une société d'État pourrait bien jouer un rôle utile au niveau fédéral. Mais son rôle ne serait pas tout à fait le même.

Si nous proposons la création de sociétés d'État au niveau provincial, c'est pour séparer les décisions touchant l'équité et ce qu'il convient d'avoir comme services assurés de celles qui concernent l'administration et la façon d'assurer la prestation des services. Puisque le gouvernement fédéral ne participe pas directement à la prestation des services, il n'est pas nécessaire d'assurer cette séparation des responsabilités au niveau fédéral.

L'initiative de la Canada Health Infoway a été confiée à un organisme indépendant, et le fédéral a accepté de financer cet organisme indépendant; ainsi il était plus facile de s'entendre sur la structure de régie, structure qui a permis à toutes les provinces de travailler conjointement au règlement d'un problème national. Si le fédéral passe par un organisme indépendant, ce sera peut-être plus facile de convaincre les provinces de collaborer. Cela peut être avantageux.

Par contre, la création d'un organisme indépendant n'est pas nécessairement une garantie de succès. Le gouvernement a essayé de financer les bourses d'études du millénaire en passant par un organisme indépendant, et dans certains cas, les provinces n'ont

will depend not just on the structure of the federal intervention, but its intent and its perceived intent.

Senator Robertson: There is structure in the federal Department of Health that deals and relates with the delivery of service at the provincial level. There may be an opportunity there for cooperation. If you have a corporation that deals with the federal Minister of Health, you will likely have provincial ministers of health with their noses out of joint.

Mr. Stewart-Patterson: I do not intend to get into it in any great depth, but the committee has pointed out that the federal government has some direct possibilities as well, particularly with respect to Aboriginal populations. It may be that the federal government has delivery type responsibilities that they want to investigate for the benefits of that kind of structure.

Senator Robertson: How does your model ensure ministerial accountability? You show the responsibilities of the Crown corporation and then the Department of Health, which is essentially the minister, and then the legislature.

In a process like this how do you to firm up the ministerial accountability?

Mr. Stewart-Patterson: The trick is how to achieve the accountability. As we see it, there is a retention within the health ministry, directly responsible to the minister, the responsibility for health policy, the "what is covered" bit. The accountability for delivery is managed through a contractual arrangement between the government and the Crown, and it covers not only what services are to be delivered but also standards of delivery.

In other words, this is quite consistent with those who have called for maximum waiting lists and things like that. The contractual relationship also allows room for the kind of incentives the committee has talked about. Those incentives come into play not only when one has a fixed amount of money and a responsibility to deliver these services, but whether it has been done within budget or not. If it comes within budget, there may be a pool of money within the corporation that it can be used for bonus pools and so on. However, incentives can be built in with respect to the quality of service and the standards of delivery that are required. Those can be negative incentives as opposed to positive ones.

One can deal with accountability in terms of the overall quality of service and access to it, through the contractual mechanism. There must be a clear separation of responsibilities. In my days as a journalist, I spent some time covering the conversion of Canada Post to a Crown corporation and I came to the conclusion that the Crown corporation would not start to function effectively until ministers learned to take their hands off and to stop answering questions in the House.

pas bien réagi à cette initiative. Donc, tout dépendra non seulement de la structure prévue pour l'intervention fédérale qui est envisagée, mais aussi de son intention et de la perception de son intention.

Le sénateur Robertson: Il y a un service au sein du ministère fédéral de la Santé qui s'occupe de la prestation des services au niveau provincial. Peut-être est-ce un mécanisme de collaboration possible à explorer. Si vous avez une société d'État qui traite avec le ministre fédéral de la Santé, les ministres provinciaux de la Santé ne seront sans doute pas contents.

M. Stewart-Patterson: Je ne veux pas trop insister là-dessus, mais le comité a également fait état d'autres possibilités d'intervention fédérale directe, notamment en ce qui concerne les populations autochtones. Le gouvernement fédéral a peut-être certaines responsabilités en matière de prestation des services qu'il voudrait examiner de plus près pour déterminer les avantages éventuels d'une telle structure.

Le sénateur Robertson: De quelle façon votre modèle garantit-il la responsabilisation ministérielle? Vous indiquez les responsabilités de la société d'État, et ensuite du ministère de la Santé — c'est-à-dire, le ministre au fond — et ensuite de l'assemblée législative.

Avec un tel processus, comment fait-on pour assurer la responsabilisation ministérielle?

M. Stewart-Patterson: Le problème le plus épineux est celui de savoir comment concrétiser la responsabilisation ministérielle. Pour nous, le ministère de la Santé, qui relève directement du ministre, doit se charger de la politique sanitaire, c'est-à-dire, quels services sont assurés. La responsabilité de la prestation des services doit relever d'une entente contractuelle entre le gouvernement et la Couronne, et viser non seulement les services assurés mais les normes de prestation de ces services.

En d'autres termes, cela cadre tout à fait avec ceux qui ont recommandé que les listes d'attente soient aussi longues que possible, et cetera. La relation contractuelle est telle qu'on peut aussi offrir le genre d'encouragements envisagés par le comité. Ces encouragements interviennent lorsqu'on a un budget fixe et la responsabilité d'assurer les services, mais aussi dans un contexte où on n'aurait pas respecté son budget. Si le budget est respecté, la société disposera peut-être de crédits qui pourront servir à créer des enveloppes de primes. Cependant, on peut certainement incorporer des encouragements relatifs à la qualité des services et aux normes de prestation des services qui sont requises. Il peut s'agir d'encouragements négatifs, plutôt que positifs.

On peut aborder la question de la responsabilisation sous l'angle de la qualité globale des services et de l'accès à ces services, et ce par l'entremise du mécanisme contractuel. Il faut que la séparation des responsabilités soit claire. À l'époque où j'étais journaliste, j'ai passé un certain temps à couvrir la conversion de Postes Canada en société d'État, et j'en suis venu à la conclusion que cette société d'État ne commencerait à fonctionner efficacement que lorsque les ministres auraient compris qu'il fallait s'en distancier et cesser de répondre aux questions à ce sujet à la Chambre.

There is a discipline involved in governance. We have expressed, not only the caveat about the importance of governance, but also in our more detailed submission to the commission, how to get that governance in terms of the independence of the board, the quality of the people you need on the board, and so on.

Senator Robertson: Make sure they are non-political.

Mr. Stewart-Patterson: You must ensure that you have the functional expertise and leadership that is required to manage a highly complex business. The benefits are that you can go out and pay people to get the expertise you need. You can do that on a basis that is not turning over with the frequency that one sees within the context of a public service.

Senator Robertson: Certainly it seems like a stabilizer because there is no stability there with the constant turnover of ministers and deputies.

Mr. Stewart-Patterson: No, there is not. It does not do away with a constant run of political issues that may arise. There will always be issues raised on a day-to-day basis, but it does provide a kind of consistent framework for managing the issues.

One of the points made is the importance of continuity in funding relationships. Once you put something in a long-term contract you do get continuity, but you lose flexibility. That can cause problems. However, if I can put it into a micro level of public-private partnership notion that may be a better way to get new hospitals built. A criticism that has been made of P3s is that if governments can borrow cheaper than a private sector provider can, why should governments not just borrow and fund directly?

When a private sector company is doing a P3, it is providing the money, expertise, and it is absorbing the risk of cost overruns. Then the hospital can concentrate on needing 12 exchanges of air per hour in an operating theatre. They do not have to build up one time in-house expertise on what is the best equipment on the market and the most cost-efficient way of achieving that particular outcome. We are looking at a sharing of expertise.

When you get into a public-private partnership that is designed, built, owned, operated, and maintained, you are building in fixed costs that include maintenance. That is being done here at the Royal Ottawa and in Brampton. That means if you get into a budget squeeze like we got into in the early 1990s, the hospitals can no longer scrimp on maintenance. Therefore, if money is not there it will bring up tougher choices

La gouvernance suppose une certaine discipline. Nous avons fait certaines mises en garde concernant l'importance de la gouvernance, mais aussi, dans le mémoire détaillé que nous avons soumis à l'examen de la Commission, nous avons abordé la question de savoir comment on peut mettre en place une formule de gouvernance qui met l'accent l'indépendance des administrateurs, la qualité des membres du conseil d'administration, etc.

Le sénateur Robertson: Il faut surtout s'assurer qu'il ne s'agit pas de nominations politiques.

M. Stewart-Patterson: Il faut s'assurer d'avoir au sein du conseil l'expertise fonctionnelle et le leadership nécessaires pour gérer un secteur d'activité très complexe. L'avantage, c'est qu'on peut toujours chercher cette expertise à l'extérieur et payer les experts dont on a besoin. On peut faire ça sans rencontrer le problème du roulement constant du personnel qui caractérise la fonction publique.

Le sénateur Robertson: Ça semblerait être un moyen de stabiliser les choses, puisqu'il n'y a absolument aucune stabilité actuellement, vu le roulement constant des ministres et des sous-ministres.

M. Stewart-Patterson: Non, certainement pas. Mais cela ne permet pas d'éliminer les difficultés politiques constantes qui peuvent surgir. Il y aura toujours des problèmes quotidiens de cette nature, mais au moins cela crée le genre de cadre cohérent qui permet de bien gérer les problèmes qui se présentent.

L'un des éléments sur lesquels on insiste, c'est l'importance de la continuité en ce qui concerne les formules de financement. Si vous concluez un contrat à long terme, vous obtenez de la continuité, mais vous perdez de la flexibilité. Ça peut causer des problèmes. Cependant, si je peux traduire cela en partenariat entre le secteur public et le secteur privé, ce serait peut-être une meilleure façon de s'assurer que de nouveaux hôpitaux seront construits. L'une des critiques formulées à l'égard des partenariats entre les secteurs public et privé, c'est que si ça coûte moins cher aux gouvernements d'emprunter de l'argent qu'à un fournisseur du secteur privé, pourquoi les gouvernements ne se contenteraient-ils tout simplement de faire des emprunts et de financer les activités directement?

Lorsqu'une entreprise privée participe à un partenariat avec le secteur public, elle fournit les fonds et l'expertise, en plus d'assumer le risque des dépassements de budget. Ainsi les hôpitaux peuvent se concentrer sur la nécessité d'assurer 12 échanges d'air de l'heure au bloc opératoire. Ils n'ont pas besoin de créer une expertise à l'interne en ce qui concerne les meilleurs équipements qui sont disponibles sur le marché et le moyen le plus économique d'atteindre tel résultat. Autrement dit, il s'agit de partager l'expertise.

Dès lors qu'il s'agit d'un partenariat entre le secteur public et le secteur privé qui comprend les frais de conception, de construction, de propriété, de fonctionnement et d'entretien, vous incorporez d'office des coûts fixes qui comprennent l'entretien. Voilà ce qui arrive actuellement à l'Hôpital royal d'Ottawa et à Brampton. Cela veut donc dire que si vous avez des problèmes de budget comme ceux que nous avons connus au

in terms of direct provision of clinical services. You can also argue that means governments are less likely to cut the care that is important to people.

None of these dilemmas have perfect answers, but this kind of approach would at least seem to be an improvement over what we have today.

Senator Robertson: This committee has heard from a variety of witnesses about methods and methodologies of increasing the funding that is required to sustain the health system. There are very few people who would disagree that something needs to be done. Some of our concerns are that the increase in federal funding has to be in designated funds. We worry about tax increases going directly to the Department of Finance because they will just eat it up and the Department of Health will not see those funds.

Did I hear you say that taxation is not the way to go because it affects our competitive nature?

Mr. Stewart-Patterson: When we talk about sustainability, we are talking about the capacity of all Canadians as an economic group to afford the quality of health care that we want. How we divvy up that cost is an issue of fairness. Some countries will choose to slice it one way; some will slice it in another way. Some provide public help on a group basis only to those who need it, it; others, like us, provide a service base model where we take a package of services and provide it to everyone. Others prefer to go the cost-shared approach and cover everything to some extent but only some things on a 100 per cent basis. There are many ways to come to what is the most fair in terms of sharing the total cost.

The fact is, the public health care system is not covering costs and other people are. It is either individuals who may or may not be able to afford it, or it is employers who are picking up the cost. We see that in terms of the costs of employer-paid or shared-cost private supplementary health and dental insurance.

If the public system is not providing the quality of care that is necessary, and if waiting lists are getting longer, they have an impact on competitiveness as well. When people are off the job for longer or when their capacities are reduced because they are waiting longer for treatment, that reduces productivity.

Looking across the industrialized world, countries spend roughly the same amount as a share of the economy between about 5 per cent and 7 per cent of GDP. Most OECD countries

début des années 90, les hôpitaux ne peuvent pas se permettre de réduire les dépenses d'entretien. Donc, si les crédits ne sont pas suffisants, les choix relatifs à la prestation directe des services cliniques seront forcément plus difficiles à faire. On pourrait également soutenir que dans un tel contexte, les gouvernements seraient moins susceptibles de réduire le financement des soins auxquels tiennent les citoyens.

Il n'y a malheureusement pas de solutions parfaites à proposer face à ces dilemmes, mais cette approche-là semblerait au moins constituer une amélioration par rapport à ce qui existe actuellement.

Le sénateur Robertson: Le comité a reçu les témoignages de nombreux témoins concernant les diverses méthodes d'accroissement des fonds qui seront nécessaires pour assurer la viabilité du système de soins. Dans l'ensemble, les gens semblent s'accorder pour dire qu'il faut faire quelque chose. Ce qui nous semble important, c'est de nous assurer que les crédits fédéraux supplémentaires seront des crédits réservés. Nous craignons justement que les recettes fiscales qui pourraient être générées passent directement entre les mains du ministère des Finances, et que ce dernier prenne tout, si bien que le ministère de la Santé ne profite pas de ces fonds.

Est-ce que vous avez bien dit que le prélèvement d'un impôt ne serait pas une bonne solution, puisqu'un impôt supplémentaire pourrait compromettre notre compétitivité?

M. Stewart-Patterson: Lorsqu'on parle de la viabilité du système, on parle de la capacité de tous les Canadiens, en tant que groupe économique, de financer la qualité de soins de santé qui nous semble appropriée. La répartition des coûts, cependant, représente surtout une question d'équité. Certains pays répartissent les coûts d'une certaine façon; d'autres, les répartissent autrement. Certains offrent une aide financière seulement aux groupes qui en ont vraiment besoin, alors que d'autres — comme nous — suivent un modèle axé sur l'offre d'un ensemble de services à toute la population. D'autres préfèrent opter pour une formule de partage des frais qui assure tous les services jusqu'à un certain point, mais seulement certains services à 100 p. 100. Il y a de nombreuses façons de concevoir le partage le plus juste des frais globaux d'un système de soins de santé.

Le fait est que le système public de soins de santé ne supporte pas tous les coûts; d'autres les supportent à leur place. Ce sont des particuliers qui peuvent ou non se permettre de supporter de tels frais, ou alors des employeurs. Le coût des régimes complémentaires privés d'assurance-maladie et d'assurance dentaire payés par les employeurs ou à frais partagés en est la preuve.

Si le système public ne fournit pas des soins de la qualité requise, et si les listes d'attente ne font que s'allonger, cela peut aussi influencer sur la compétitivité. Lorsque les gens restent en chômage plus longtemps ou que lorsque leurs capacités sont affaiblies, du fait d'avoir d'attendre plus longtemps pour être soignés, la productivité diminue.

En ce qui concerne les pays industrialisés dans leur ensemble, ces derniers consacrent aux soins de santé environ la même somme, en tant que proportion de l'activité économique, soit

fall into that band. We are more or less slightly above the middle of that band. The amount that we spend publicly is not unusual.

It is possible to increase the amount of public money that we spend on health care without putting us out of line with our economic competitors. While our public spending on health care is not out of line, our public spending on other items, for example, servicing public debt, is out of line. Therefore, we must look at the total share of government in the economy as our upper limit.

If we want to put more money into public health care, where is it going to come from? Are we increasing the net tax burden beyond 44 per cent of GDP from all levels of government, or are we looking at this as dedicating a certain stream of revenue to make sure it goes to health? Health care is the priority, and there are other things governments are doing that they should not be doing or doing as much.

Senator Robertson: Do you believe it is ethical for the Government of Canada to forbid Canadian citizens to buy health insurance for any procedure that is covered under the five principles?

Mr. Stewart-Patterson: We cannot buy private insurance for public services. On the other hand, it is quite possible in Canada to buy privately services that could be provided publicly. They are available. They are not widely available, and they are expensive. The prohibition is one that prevents doctors from crossing over and providing services both under the public and private systems.

Senator Robertson: Buying private health insurance is a prohibition against citizens; is it not?

Mr. Stewart-Patterson: It does not stop individuals from buying individual services.

Senator Robertson: If I want to go to a private clinic or private hospital somewhere in Canada, I cannot buy insurance to cover that. Is that correct?

Mr. Stewart-Patterson: As far as I know, there is not.

Senator Robertson: Is it ethically right?

The Deputy Chairman: Senator Robertson is asking whether that infringes on the individual's rights.

Mr. Stewart-Patterson: My understanding is, that if I want to see a specialist for a service that would be covered by my GP I can do that even though the specialist is providing services within the

entre 5 et 7 p. 100 du PIB. La plupart des pays membres de l'OCDE se trouvent dans cette catégorie-là. Nous nous situons légèrement au-dessus de la moyenne, dans cette catégorie. La somme que nous consacrons au système public de soins de santé n'est pas inhabituelle.

Il serait possible de consacrer une plus grosse part des deniers publics aux soins de santé, sans que notre situation soit compromise par rapport à nos concurrents économiques. Bien que les dépenses publiques sanitaires ne soient pas excessives, les dépenses publiques dans d'autres domaines — par exemple, pour faire le service de la dette publique — sont tout à fait excessifs. Il faut donc considérer que la participation globale du gouvernement à l'économie doit constituer un maximum.

Si nous voulons investir davantage dans le système public de soins de santé, d'où viendront les fonds nécessaires? Voulons-nous envisager de faire passer le fardeau fiscal net au-delà de 44 p. 100, en tant que pourcentage du PIB, pour tous les paliers de gouvernement, ou voulons-nous que les crédits supplémentaires qui sont prélevés soient réservés pour les soins de santé? Les soins de santé constituent la priorité des priorités, alors que les gouvernements mènent d'autres activités qu'il conviendrait d'éliminer ou de réduire.

Le sénateur Robertson: À votre avis, le gouvernement se conduit-il de façon morale en interdisant aux citoyens canadiens de prendre une assurance-maladie pour tout acte médical assuré selon les cinq principes de la loi?

M. Stewart-Patterson: On ne peut prendre des assurances privées pour des services publics. Par contre, il est tout à fait possible au Canada de s'adresser au secteur privé pour obtenir des services qui pourraient vous être assurés par le biais du système public. Ces services sont accessibles, mais pas à tout le monde, et ils coûtent cher. Cette interdiction est telle que les médecins ne peuvent pas fournir des services à la fois sur les marchés publics et privés.

Le sénateur Robertson: Mais le fait d'empêcher les citoyens de prendre une assurance-maladie privée revient à interdire certaines activités à la population, n'est-ce pas?

M. Stewart-Patterson: Mais cela n'empêche pas les particuliers d'acheter des services individuels.

Le sénateur Robertson: Si je veux me faire soigner dans une clinique privée ou dans un hôpital privé au Canada, je ne suis pas en mesure de prendre une assurance pour couvrir ce genre de services. C'est bien ça?

M. Stewart-Patterson: Autant que je sache, ce n'est pas possible.

Le sénateur Robertson: Et est-ce conforme à la morale?

La vice-présidente: Le sénateur Robertson vous demande si cela représente ou non une violation des droits individuels.

M. Stewart-Patterson: D'après ce que j'ai pu comprendre, si je veux consulter un spécialiste pour un service qui pourrait m'être fourni par mon omnipraticien, je peux le faire, bien que le

public system. My understanding is a group of specialists in B.C. is providing that type of service.

Senator Morin: The physicians cannot be part of the public system and receive private funds.

Senator Robertson: I cannot buy insurance for that.

Mr. Stewart-Patterson: There are some gray areas in the system, for instance, purchase of services by Workers' Compensation Boards.

Senator Morin: That is a different story.

Mr. Stewart-Patterson: That is permissible because when the Workers' Compensation Board buys it, it is no longer an insured service. My understanding is that a group of specialists in British Columbia operate within the public system that nonetheless provides directly to the public, for a fee, direct access to specialist advice. When they provide direct access without going through a GP, it is not an insured service. You can only get access, as an insured service, to a specialist if you get a referral from a GP.

Senator Morin: I hope the Minister of Health of B.C. does not know that.

Mr. Stewart-Patterson: It has been in the newspapers.

The Deputy Chairman: It was Dr. Day. There was a big article in the *Report On Business*.

Mr. Stewart-Patterson: I am offering a personal reflection. I do not think it is either ethical or possible for governments to prevent Canadians from buying services they want. They can make it difficult for them and make it almost impossible to do. People will be forced to go to the United States or somewhere else, but they cannot prevent Canadians from buying health insurance that will provide those services outside Canada.

The Deputy Chairman: A gentleman from Quebec City does that: He buys private insurance and takes his family to the United States for treatment.

Mr. Stewart-Patterson: I am aware of cases where executives recruited from abroad have insisted on maintaining worldwide health insurance because there is a concern with the perceived quality of the Canadian public health care system. Traditionally, we have talked about the Canadian public health care system having a competitive advantage because it provides, through the general tax system, something that employers pay for directly in the United States. In terms of payroll costs, we have a payroll cost advantage.

spécialiste assure ces services dans le cadre du système public. Si je ne me trompe, un groupe de spécialistes en Colombie-Britannique assure justement ce genre de services.

Le sénateur Morin: Mais les médecins ne peuvent pas faire partie du secteur public et être rémunérés par le marché privé.

Le sénateur Robertson: Et je ne peux pas prendre une assurance pour ce genre de services.

M. Stewart-Patterson: Il existe certaines zones grises — par exemple, l'achat des services par les commissions des accidents du travail.

Le sénateur Morin: Ça, c'est différent.

M. Stewart-Patterson: Ça, c'est possible parce que du moment que les commissions des accidents du travail achètent ces services, ce ne sont plus des services assurés. D'après ce que j'ai pu comprendre, il existe un groupe de spécialistes en Colombie-Britannique qui font partie du système public qui assure directement des services au public, moyennant rétribution; il s'agit d'un service d'accès direct à des conseils de spécialistes. Quand ils assurent ce service de conseils directs sans que les malades soient obligés de passer par un omnipraticien, ce n'est pas considéré comme un service assuré. Un citoyen ne peut accéder directement à ces spécialistes que s'il est aiguillé par un omnipraticien.

Le sénateur Morin: J'espère que le ministre de la Santé de la Colombie-Britannique n'est pas au courant.

M. Stewart-Patterson: Ils en ont parlé dans les journaux.

La vice-présidente: Il s'agit du Dr Day. Il y a eu un grand article dans le *Report On Business* à ce sujet.

M. Stewart-Patterson: Là je vous fais part de mon opinion personnelle. Pour moi, il n'est ni moral ni possible que les gouvernements empêchent les Canadiens d'acheter les services qu'ils désirent. Par contre, ils peuvent leur compliquer la vie à un point tel que cela devient presque impossible. À ce moment-là, les gens seront obligés d'aller aux États-Unis ou ailleurs, mais pour moi, les gouvernements ne pourront empêcher les Canadiens de prendre une assurance maladie qui couvre de tels services à l'extérieur du Canada.

La vice-présidente: Nous sommes au courant d'un monsieur à Québec qui le fait: il a pris une assurance privée qui lui permet d'emmener les membres de sa famille aux États-Unis pour être soignés.

M. Stewart-Patterson: Je suis au courant de cas où des cadres recrutés à l'étranger ont insisté pour maintenir une assurance-maladie mondiale en raison de leurs préoccupations relatives à certaines perceptions de la qualité des soins assurés dans le cadre du système de soins canadiens. Par le passé, nous avons toujours dit que le système public de soins de santé au Canada représente un avantage concurrentiel puisqu'il assure des services, par l'entremise du régime fiscal, que les employeurs américains doivent payer directement. Donc, au niveau des coûts salariaux, nous avons certainement un avantage.

The Deputy Chairman: Are you referring to the auto companies?

Mr. Stewart-Patterson: Yes, in manufacturing and so on. I think that the labour cost advantage still holds. The issue that has come up for many of our members is not at the production level, at the level of a plant and cost competitiveness there, but with the ability to recruit and retain people for the head office function. The primary concern of mobile, international senior level research and management personnel is not the cost but the quality of coverage.

Senator Morin: Le Conseil du patronat in Montreal told us the same thing. I told the unions that, but they did not feel that it was a very good argument.

Mr. Stewart-Patterson: The unions are talking for the union membership.

Senator Morin: They said there was a competitive advantage.

Mr. Stewart-Patterson: For union jobs, that is true.

Senator Morin: For employers, there was a competitive advantage. I told them that Le Conseil du patronat in Montreal had told us that there had been difficulties in recruiting people. You are right. It is a serious concern.

Mr. Stewart-Patterson: Within the competence of unions talking about their members, yes, employers still have a cost advantage through the Canadian method of providing health care or funding health care, in comparison with American employers. The funding advantage is not sufficient to offset the disadvantages of the perceived quality when it comes to high-end jobs and particularly those involved in head offices and multinational operations.

Senator Keon: You started off by asking how much society is prepared to pay, and you did not answer. No one ever does. We talk about how much the government should add in as a percentage of GDP, but we never address the question of just how much society could or should pay for the services. I would like you to answer that briefly.

Mr. Stewart-Patterson: How much is enough? There is no correct answer to that question. The answer is what we collectively choose to do. Around the industrialized world there seems to be a consistent answer that seems appropriate in terms of public funding; 5 per cent to 7 per cent of GDP range. Similarly, if you plot per capita national income against per capita expenditures on health care total, public and private, it is

La vice-présidente: Parlez-vous de constructeurs automobiles?

M. Stewart-Patterson: Oui, et du secteur manufacturier en général. Pour moi, nous continuons de jouir d'un avantage en ce qui concerne les coûts salariaux. Mais pour beaucoup de nos membres, le problème se pose non pas au niveau de la production, c'est-à-dire de notre compétitivité-coûts à l'échelle des usines, mais plutôt au niveau de notre capacité de recruter de bons employés et de les maintenir en poste aux sièges sociaux. La grande préoccupation des cadres administratifs et des grands chercheurs internationaux, qui représentent un groupe très mobile, ce n'est pas le coût des soins mais plutôt la qualité et l'étendue des soins qui sont assurés.

Le sénateur Morin: Le Conseil du patronat de Montréal nous a dit exactement la même chose. C'est ce que j'ai communiqué aux syndicats, mais à leur avis, ce n'était pas un bon argument.

M. Stewart-Patterson: Les syndicats défendent évidemment leurs membres.

Le sénateur Morin: Ils nous ont dit que le Canada jouissait à cet égard d'un avantage concurrentiel.

M. Stewart-Patterson: Pour les employés syndiqués, c'est vrai.

Le sénateur Morin: Non, pour les employeurs; ils nous disaient que les employeurs ont un avantage concurrentiel. J'ai répliqué que selon le Conseil du patronat de Montréal, les employeurs avaient connu des difficultés pour recruter du personnel. Donc, vous avez raison. C'est une préoccupation sérieuse.

M. Stewart-Patterson: Dans le secteur qui intéresse les syndicats et les employés syndiqués, il est vrai que les employeurs jouissent toujours d'un avantage, comparativement aux employeurs américains, en raison de la méthode de prestation et de financement des soins de santé au Canada. Mais cet avantage en matière de financement n'est pas suffisant pour contrebalancer les inconvénients liés à la perception de la qualité de nos soins lorsqu'il est question de postes de niveaux supérieurs et surtout des employés des sièges sociaux de grandes sociétés ou de sociétés multinationales.

Le sénateur Keon: Vous avez commencé par poser une question concernant ce que la société est prête à payer, mais vous n'y avez pas répondu. D'ailleurs, personne n'y répond jamais. Nous parlons beaucoup de la somme additionnelle que le gouvernement devrait affecter, en tant que pourcentage du PIB, mais nous n'abordons jamais directement la question de savoir combien la société pourrait ou devrait payer pour obtenir ces services. Je vous invite donc à y répondre brièvement.

M. Stewart-Patterson: Quelle gamme de services est suffisante? Le fait est qu'il n'y a pas de bonnes réponses à cette question. Au fond, la réponse, c'est ce que nous décidons collectivement de prévoir comme gamme de services. Dans le monde industrialisé, il existe une norme assez uniforme en ce qui concerne le niveau de financement public; cela se situe entre 5 et 7 p. 100 du PIB. De même, si vous tracez une courbe représentant le revenu national

virtually a 45-degree line. The more money economies generate, the more people choose to spend.

We make choices every day about how much is enough of any particular commodity or service. As a society, we make collective decisions and we may change our minds over time. My suspicion is that as the economy grows more prosperous, we will spend more money. We might even raise the amount we spend as a percentage of GDP. However, I do not think there is a right answer in terms of how much to spend. The United States spends far more than we do out of a far richer economy, but their health outcomes at large do not seem to be notably superior. Therefore, spending more money is not necessarily the right answer either. We are looking at how to get the best health outcomes. It is not just the overall results; it is links to income and things like that.

We did not attempt to answer because there is no right answer that precisely tells us the optimal amount to spend on health care. No matter how much you spend, the real question is: Are you getting the best value out of it in population health outcomes? That is why we focused on the value rather than trying to come up with a specific number in terms of how much.

Senator Keon: The private sector role has been kicked around for quite some time. Some people are enthused about it. My own feeling is that the public will not accept it because they were not impressed with Hydro One, Air Canada or CNR.

Mr. Stewart-Patterson: Are you talking about the Crown corporations or private-public sector involvement?

Senator Keon: I am talking about Crown corporations.

Mr. Stewart-Patterson: Our members have expressed significant reservations about the Crown corporation structure as well. We have looked at the examples that you have cited and know that this is what we do not want to happen to our health care system. That is why the governance process will be critical in terms of who is running it, what their mandate is, how the contracts are written, and what the accountability mechanisms are.

As a concept, people will ask if it is an improvement. That is the real question. If you are not satisfied with what we have today, then how will you improve on it? There is a lot of public dissatisfaction with what we have today. There are structural impediments to getting better value, innovation, and to doctors making the right choices in terms of the allocation of resources. There are impediments to provincial governments making evidence-based allocations in terms of the allocation of capital within the system. There are problems of where to build new

par habitant par rapport aux dépenses sanitaires globales par habitant, pour les secteurs à la fois public et privé, vous allez voir que votre courbe aura un angle de 45 degrés. Plus les économies génèrent de l'argent, plus les gens dépensent.

Tous les jours nous exerçons des choix sur la quantité de services ou de produits qui nous semble suffisante. En tant que société, nous prenons des décisions collectives et nous nous ravisons de temps en temps. J'ai l'impression qu'au fur et à mesure que l'économie deviendra plus prospère, nous dépenserons davantage. Nous voudrions peut-être même accroître nos dépenses en tant que pourcentage du PIB. Mais à mon avis, il n'y a pas de bonne réponse en ce qui concerne la somme qu'il faut consacrer aux soins de santé. L'économie américaine est beaucoup plus riche et les États-Unis dépensent beaucoup plus que nous pour les soins de santé, mais malgré tout leurs résultats ne semblent pas être tellement supérieurs aux nôtres. Donc, dépenser davantage n'est pas forcément la bonne solution. Nous cherchons surtout à savoir comment nous pouvons obtenir les meilleurs résultats possible en ce qui concerne l'état de santé de la population. On ne parle pas seulement de résultats globaux; il faut faire le rapport avec les revenus, etc.

Nous n'avons pas cherché à répondre à cette question parce qu'il n'y a pas de bonne réponse qui nous permettrait de connaître le montant optimal qu'il faudrait consacrer aux soins de santé. Peu importe ce qu'on dépense, la vraie question qu'il faut se poser est celle-ci: Les ressources que nous y consacrons sont-elles optimisées par rapport aux résultats observés en ce qui concerne l'état de santé de la population? Voilà pourquoi nous avons mis l'accent sur la notion d'optimisation, plutôt que d'essayer de déterminer quel montant précis nous devrions dépenser.

Le sénateur Keon: Voilà quelque temps qu'on parle beaucoup du rôle du secteur privé. Certains entrevoient l'éventuel rôle de ce secteur avec enthousiasme. Pour ma part, je pense que les citoyens ne l'accepteront pas parce qu'ils n'ont pas été très impressionnés par Hydro One, Air Canada et le CNR.

M. Stewart-Patterson: Vous parlez des sociétés d'État ou de partenariats entre le secteur public et le secteur privé?

Le sénateur Keon: Je parle de sociétés d'État.

M. Stewart-Patterson: Nos membres nous ont également fait savoir qu'ils ont des réserves importantes à l'égard du modèle des sociétés d'État. Nous avons examiné les exemples que vous venez de citer, et notre conviction, c'est qu'il ne faut pas permettre que cela arrive à notre système de soins de santé. C'est pour cela que le processus de gouvernance sera critique — c'est-à-dire, qui est chargé de l'administration, quel est leur mandat, le contenu des contrats, et les mécanismes de responsabilisation.

Du point de vue du concept, les gens voudront savoir s'il s'agit d'une amélioration ou non. C'est ça, la question la plus importante. Si vous n'êtes pas satisfait du système actuel, qu'allez-vous faire pour l'améliorer? À l'heure actuelle, le public est très insatisfait du régime actuel. Il existe un certain nombre d'obstacles structurels à l'optimisation des ressources, à l'innovation et à des choix judicieux de la part des médecins pour ce qui est de l'affectation des ressources. Certains obstacles à l'affectation des ressources par les administrations provinciales

hospitals and what to invest in for the future needs of the community. There is a certain degree of political interference.

This committee has been doing an immense amount of work on the assumption that there must be ways to improve on our record. I think the public is willing to contemplate any suggestion for improvement if they can be persuaded that it will work.

Senator Keon: One thing the public likes is the accountability. When they are fed up to the neck with bureaucrats, they can throw the Minister of Health out. I cannot see the public going for a Crown corporation. This debate has been going on quite a while, but I have a feeling it is not going to happen.

Mr. Stewart-Patterson: I take that as a comment rather than a question.

[Translation]

Senator Pépin: On page 2, you say:

[...] in addition, Canadian enterprises can help reduce demand for public services through community investments and human resource policies that contribute to improve population health.

That is an interesting suggestion, but what does that mean in practical terms? Could you give us some examples of how that would apply?

[English]

Mr. Stewart-Patterson: I am acknowledging that adult Canadians tend to spend a deal of their lives at work. Therefore, the kinds of policies that apply to the workplace have an impact. That can apply to corporate culture in terms of whether it is the kind of workplace where people are comfortable or stressed out. What is the health and safety side in the workplace? It can apply to peace of mind in terms of human resource policies and what benefits are covered. Are there provisions for elder care or child care?

There are any number of ways that employers may have an impact on the well-being of their employees and their families. Then there are questions concerning the tax side. Employers can also be involved in incentives in encouraging employees to engage in healthy lifestyles, some of which may be taxable and some of which may not. There is then an issue as to what extent employers do things; and if they do them, to what extent they make their employees pay tax on.

selon les résultats et selon la répartition des capitaux au sein du système. Il y a aussi des problèmes pour savoir où construire de nouveaux hôpitaux et dans quels secteurs il convient d'investir pour être à même de répondre aux besoins futurs de la collectivité. Il y a aussi un certain degré d'intervention politique dans ce domaine.

Le point de départ des travaux entrepris par le comité était qu'il doit y avoir moyen d'améliorer notre bilan. Aussi le public est-il disposé à mon avis à examiner toute proposition d'amélioration si on peut le convaincre qu'elle donnera de bons résultats.

Le sénateur Keon: Une chose à laquelle tiennent les citoyens: c'est la responsabilisation. Quand ils en ont assez des bureaucrates, ils peuvent se débarrasser du ministre de la Santé. À mon avis, il est peu probable que les citoyens acceptent la notion d'une société d'État. C'est un débat qui se poursuit depuis un moment, mais à mon avis, cela ne va jamais se faire.

M. Stewart-Patterson: C'est une observation, je suppose, plutôt qu'une question.

[Français]

Le sénateur Pépin: À la page 2, vous dites:

[...] les entreprises canadiennes peuvent réduire la demande de services publics par le biais d'investissements communautaires et de politiques de ressources humaines visant à contribuer à améliorer la santé de la population.

La proposition est intéressante, mais en pratique cela prendrait quelle forme? Pourriez-vous nous donner quelques exemples de la façon dont pourrait s'appliquer cette proposition?

[Traduction]

M. Stewart-Patterson: Je reconnais simplement que les Canadiens d'âge adulte ont tendance à passer une bonne partie de leur vie au travail. Par conséquent, les politiques qui s'appliquent au travail peuvent avoir un impact. Il en va de même pour la culture d'une entreprise, pour ce qui est de savoir si c'est le genre d'entreprise où les gens sont à l'aise ou plutôt stressés. Qu'est-ce qui permet d'assurer la santé et la sécurité des employés au travail? Il peut même s'agir d'une question de tranquillité d'esprit du point de vue des politiques touchant les ressources humaines et la protection offerte au personnel — par exemple, la possibilité d'obtenir des soins pour des personnes âgées ou des services de garde d'enfants.

Donc, les employeurs influencent le bien-être de leurs employés et de leurs familles de toutes sortes de façons différentes. Et il y a aussi les questions d'ordre fiscal. Les employeurs peuvent également jouer un rôle en offrant des encouragements aux employés pour qu'ils adoptent des habitudes saines dans leur vie quotidienne, encouragements qui peuvent être impossibles ou non, selon le cas. Ensuite il y a la question de savoir dans quelle mesure les employeurs prennent des initiatives; et quand ils en prennent, dans quelle mesure ils obligent leurs employés à payer des impôts là-dessus.

A few years ago, we ran into a situation where Revenue Canada was levying employees with retroactive tax bills for the value of educational courses they had taken at the employer's expense. We pointed out that this was rather counterproductive in an atmosphere where the government was saying employers should be investing more in their employees.

The Deputy Chairman: They called that a taxable benefit then?

Mr. Stewart-Patterson: Yes. It started out with executive MBAs, which were significant hits when employees found that was a \$40,000 taxable benefit they had received last year and the tax department wanted them to pay up for it. When we started digging into it, we found that the department was getting increasingly aggressive, to the point where it actually took two of its own auditors to court, for having taken, at the department's expense under the department's own rules, courses that were required for their next promotion. They went to court and obtained a ruling that this was a taxable benefit because unless employees were forced on pain of firing to take a course, it was considered to be primarily personal and thereby taxable.

We exposed that case and got into a public discussion about it and we received a new interpretation bulletin that reversed the onus 180 degrees. It required a look at whether we were being consistent in terms of the objectives we wanted to achieve through our tax system.

When we talk about how we get better population health outcomes, employers have roles and responsibilities to play.

The Deputy Chairman: May I thank you, Mr. Stewart-Patterson, for your appearance today and your most provocative submission.

The committee adjourned.

Il y a quelques années, nous avons eu un problème avec Revenu Canada qui faisait payer de l'impôt rétroactivement aux employés pour les cours que leur employeur leur avait payés. Nous avons signalé à Revenu Canada que c'était tout à fait improductif, notamment dans un contexte où le gouvernement disait aux employeurs qu'ils devraient investir davantage dans leurs employés.

La vice-présidente: Donc, Revenu Canada considérerait ça comme un avantage imposable?

M. Stewart-Patterson: Oui. Dans un premier temps, ils ont ciblé les titulaires de maîtrise en administration, qui ont été informés par Revenu Canada qu'ils auraient à payer des impôts sur un avantage imposable d'une valeur de 40 000 \$ pour les cours qu'ils avaient pris l'année précédente. Nous avons commencé à nous renseigner, et c'est ainsi que nous avons su que le ministère devenait de plus en plus agressif, à un point tel qu'il a traîné deux de ses propres vérificateurs devant les tribunaux pour avoir suivi des cours qui étaient exigés pour obtenir une promotion, aux frais du ministère et conformément aux règles du ministère lui-même. Ils ont soumis la question aux tribunaux, et le juge a décidé qu'il s'agissait effectivement d'un avantage imposable, car à moins qu'on ait menacé les employés de congédiement s'ils refusaient de prendre les cours en question, on pouvait conclure qu'ils les avaient suivis en raison d'un intérêt purement personnel et que l'avantage reçu était donc imposable.

Nous avons fait valoir nos arguments à cet égard et après avoir lancé un débat public sur la question, nous avons reçu un nouveau bulletin d'interprétation qui inversait complètement la charge de la preuve. Cela prouvait la nécessité d'examiner la cohérence des objectifs que nous avons fixés pour notre régime fiscal.

Donc, s'agissant de meilleurs résultats sur le plan de l'état de santé de la population, les employeurs ont un rôle et des responsabilités bien spécifiques.

La vice-présidente: Permettez-moi de vous remercier, monsieur Stewart-Patterson, pour votre présence aujourd'hui et pour vos observations, qui nous donneront certainement à réfléchir.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Communication Canada – Publishing
Ottawa, Ontario K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Communication Canada – Édition
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

WITNESSES:

From the Government of New Brunswick, Department of Health and Wellness:

Cheryl Hansen, Director, Extra-Mural Program.

From the University of Toronto, Home and Community Care Evaluation and Research Centre:

Peter Coyte, Co-Director.

From the Hollander Analytical Services:

Marcus Hollander, President.

From the Canadian Council of Chief Executives:

David Stewart-Patterson, Senior Vice-President, Policy.

TÉMOINS:

Du Gouvernement du Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé et du Mieux-être:

Cheryl Hansen, directrice du Programme extra-mural.

De l'Université de Toronto, Home and Community Care Evaluation and Research Centre:

Peter Coyte, codirecteur.

Des Hollander Analytical Services:

Marcus Hollander, président.

Du Conseil canadien des chefs d'entreprise:

David Stewart-Patterson, premier vice-président, Politique.

CA1
YC26
-551



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:

The Honourable MICHAEL KIRBY

Monday, August 12, 2002 (*in camera*)
Tuesday, August 13, 2002 (*in camera*)
Tuesday, September 10, 2002
Wednesday, September 11, 2002

Issue No. 66

**Sixty-fourth and
sixty-fifth meetings on:**

The state of the health care system in Canada

**Third, fourth, fifth
and sixth meetings on:**

Examination of the document entitled "Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français"

WITNESSES:
(See back cover)

Première session de la
trente-septième législature, 2001-2002

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:

L'honorable MICHAEL KIRBY

Le lundi 12 août 2002 (à huis clos)
Le mardi 13 août 2002 (à huis clos)
Le mardi 10 septembre 2002
Le mercredi 11 septembre 2002

Fascicule n° 66

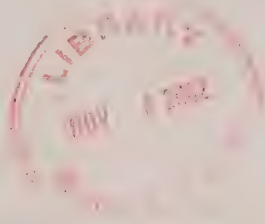
**Soixante-quatrième et
soixante-cinquième réunions concernant:**

L'état du système de soins de santé au Canada

**Troisième, quatrième, cinquième
et sixième réunions concernant:**

L'examen du document intitulé «Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français»

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Senator Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Senator Marjory LeBreton, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

Callbeck	Keon
* Carstairs, P.C. (or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton (or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton
et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Keon
* Carstairs, c.p. (ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton (ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Monday, August 12, 2002
(77)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, *in camera*, in room 705, Victoria Building, at 2:05 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin and Robertson (10).

In attendance: Odette Madore and Howard Chodos from the Research Branch of the Library of Parliament.

Also in attendance: Alvin Cader and John Burke, Media Consultants.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 2.*)

The committee began its consideration of a draft report.

The sitting was suspended at 4:02 p.m.

The sitting resumed at 4:12 p.m.

At 5:25 p.m. the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Tuesday, August 13, 2002
(78)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 9:16 a.m., this day, *in camera*, in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin, Robertson and Roche (11).

In attendance: Odette Madore and Howard Chodos from the Research Branch of the Library of Parliament.

Also in attendance: Alvin Cader and John Burke, Media Consultants.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 2.*)

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le lundi 12 août 2002
(77)

[Traduction]

Le comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à huis clos, à 14 h 05, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin et Robertson (10).

Également présents: Odette Madore et Howard Chodos, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents: Alvin Cader et John Burke, conseillers-médias.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit l'étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada. (*Voir le texte complet de l'ordre de renvoi dans le fascicule n° 2 des délibérations du comité.*)

Le comité étudie un rapport préliminaire.

À 16 h 02, la séance est suspendue.

À 16 h 12, la séance reprend.

À 17 h 25, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le mardi 13 août 2002
(78)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à huis clos, à 9 h 16, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin, Robertson et Roche (11).

Également présents: Odette Madore et Howard Chodos, Direction de la recherche parlementaire, de la Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents: Alvin Cader et John Burke, conseillers-médias.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit l'étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada. (*Voir le texte complet de l'ordre de renvoi dans le fascicule n° 2 des délibérations du comité.*)

The committee continued and finished its consideration of a draft report.

The sitting was suspended at 11:17 a.m.

The sitting resumed at 11:25 a.m.

Mr. Cader and Mr. Burke made a presentation and answered questions.

The sitting was again suspended at 12:18 p.m.

The sitting resumed at 12:32 p.m.

At 1:37 p.m. the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Tuesday, September 10, 2002
(79)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 10:07 a.m., this day, in room 705, Victoria Building, the Acting Chair, the Honourable Yves Morin, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Keon, Morin and Pépin (3).

Other senators present: The Honourable Senators Léger and Losier-Cool (2).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Marion Ménard.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, December 6, 2001, the committee continued its consideration of the document entitled "Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français." (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 50.*)

WITNESSES:

From the Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada:

Mr. Jean-Guy Rioux, Vice-President.

From the Fédération acadienne de la Nouvelle-Écosse:

Mr. Paul d'Entremont, Coordinator of Health Sector.

From the Fédération des francophones de la Colombie-Britannique:

Ms Yseult Friolet, Director General.

From the Association canadienne-française de l'Ontario:

Mr. Alcide Gour, Past President.

The Acting Chairman made an opening statement.

Mr. d'Entremont made a statement.

Mr. Gour made a statement.

Ms Friolet made a statement.

Le comité continue et termine l'étude d'un rapport préliminaire.

À 11 h 17, la séance est suspendue.

À 11 h 25, la séance reprend.

M. Cader et M. Burke font une présentation et répondent aux questions.

À 12 h 18, la séance est de nouveau suspendue.

À 12 h 32, la séance reprend.

À 13 h 37, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le mardi 10 septembre 2002
(79)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 10 h 07, dans la salle de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Yves Morin (*président suppléant*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Keon, Morin et Pépin (3).

Autres sénateurs présents: Les honorables sénateurs Léger et Losier-Cool (2).

Également présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Marion Ménard.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 6 décembre 2001, le comité poursuit l'examen du document intitulé «Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français». (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 50 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS:

De la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada:

M. Jean-Guy Rioux, vice-président.

De la Fédération acadienne de la Nouvelle-Écosse:

M. Paul d'Entremont, coordinateur du Secteur santé.

De la Fédération des francophones de la Colombie-Britannique:

Mme Yseult Friolet, directrice générale.

De l'Association canadienne-française de l'Ontario:

M. Alcide Gour, président sortant.

Le président suppléant fait une déclaration.

M. d'Entremont fait un exposé.

M. Gour fait un exposé.

Mme Friolet fait un exposé.

Mr. Rioux made a statement.

Together, the witnesses answered questions.

At 12:06 p.m. the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Tuesday, September 10, 2002
(80)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 14:07 p.m., this day, in room 705, Victoria Building, the Acting Chair, the Honourable Yves Morin, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Keon, Morin and Pépin (3).

Other senators present: The Honourable Senators Léger and Losier-Cool (2).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Marion Ménard.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, December 6, 2001, the committee continued its consideration of the document entitled "Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français." (For complete text of Order of Reference see *Proceedings of the Committee, Issue No. 50.*)

WITNESSES:

From the Centre communautaire Évangéline:

Ms Élise Arsenault, Director.

From the Montfort Hospital:

Dr. John Joanisse, Vice-President, Academic Affairs.

From the Centre de santé de Saint-Boniface:

Ms Suzanne Nicolas, Director General.

From the Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire:

Dr. Denis Vincent.

From La Cité collégiale:

Ms Andrée Lortie, President.

Ms Linda Assad-Butcher, Director, Health and Community Services.

From the Réseau des cégeps et des collèges francophones du Canada:

Mr. Pierre Bergeron, Director General.

The Acting Chairman made an opening statement.

Ms Arsenault made a statement.

Dr. Joanisse made a statement.

M. Rioux fait un exposé.

Ensemble, les témoins répondent aux questions.

À 12 h 06, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le mardi 10 septembre 2002
(80)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 14 h 07, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Yves Morin (*président suppléant*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Keon, Morin et Pépin (3).

Autres sénateurs présents: Les honorables sénateurs Léger et Losier-Cool (2).

Également présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Marion Ménard.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 6 décembre 2001, le comité poursuit l'examen du document intitulé «Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français». (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 50 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS:

Du centre communautaire Évangéline:

Mme Élise Arsenault, directrice.

De l'Hôpital Montfort:

Dr John Joanisse, vice-président, Affaires académiques.

Du Centre de santé de Saint-Boniface:

Mme Suzanne Nicolas, directrice générale.

Du Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire:

Dr Denis Vincent.

De la Cité collégiale:

Mme Andrée Lortie, présidente,

Mme Linda Assad-Butcher, directrice, Santé et services communautaires.

Du Réseau des cégeps et des collèges francophones du Canada:

M. Pierre Bergeron, directeur général.

Le président suppléant fait une déclaration.

Mme Arsenault fait un exposé.

Le Dr Joanisse fait un exposé.

Ms Nicolas made a statement.

Dr. Vincent made a statement.

Together, these four witnesses answered questions.

The sitting was suspended at 3:46 p.m.

The sitting was resumed at 3:56 p.m.

Ms Lortie made a statement and answered question.

At 4:29 p.m. the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, September 11, 2002
(81)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 10:13 a.m., this day, in room 705, Victoria Building, the Acting Chair, the Honourable Yves Morin, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Keon, LeBreton, Morin and Pépin (4).

Other senators present: The Honourable Senators Léger, Losier-Cool and Gauthier (3).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Marion Ménard.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, December 6, 2001, the committee continued its consideration of the document entitled "Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français." (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 50.*)

WITNESSES:

From the University of Moncton:

Mr. Yvon Fontaine, Rector and President of the National Consortium on Health Training.

From the University of Ottawa:

Ms Pierrette Guimond, Assistant Professor, Faculty of Health Sciences, School of Nursing.

From the University of Sherbrooke:

Dr. Aurel Schofield, Assistant Vice-Dean, Faculty of Medical Sciences, and Coordinator of francophone health training in New Brunswick.

The Acting Chairman made an opening statement.

Ms Guimond made a statement.

Mr. Fontaine made a statement.

Dr. Schofield made a statement and submitted a brief.

Together, the witnesses answered questions.

Mme Nicolas fait un exposé.

Le Dr Vincent fait un exposé.

Ensemble, ces quatre témoins répondent aux questions.

À 15 h 46, la séance est suspendue.

À 15 h 56, la séance reprend.

Mme Lortie fait une déclaration et répond aux questions.

À 16 h 29, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le mercredi 11 septembre 2002
(81)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 10 h 13, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Yves Morin (*président suppléant*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Keon, LeBreton, Morin et Pépin (4).

Autres sénateurs présents: Les honorables sénateurs Léger, Losier-Cool et Gauthier (3).

Également présente: Marion Ménard, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 6 décembre 2001, le comité poursuit son examen du document intitulé «Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français». (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi se trouve dans le fascicule n° 50 des Délibérations.*)

TÉMOINS:

De l'Université de Moncton:

M. Yvon Fontaine, recteur et président du Consortium national de formation en santé.

De l'Université d'Ottawa:

Mme Pierrette Guimond, professeure adjointe, Faculté des sciences de la santé, École des sciences infirmières.

De l'Université de Sherbrooke:

M. Aurel Schofield, vice-doyen adjoint, Faculté de médecine, coordonnateur de la formation médicale francophone au Nouveau-Brunswick.

Le président suppléant fait une déclaration.

Mme Guimond fait un exposé.

M. Fontaine fait un exposé.

M. Schofield fait un exposé et présente un mémoire.

Ensemble, les témoins répondent aux questions.

At 12:05 p.m. the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Le greffier suppléant du comité,

Richard Maurel

Acting Clerk of the Committee

OTTAWA, Wednesday, September 11, 2002
(82)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 2:07 p.m., this day, in room 705, Victoria Building, the Acting Chair, the Honourable Yves Morin, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Keon, Morin and Pépin (3).

Other senators present: The Honourable Senators Gauthier, Léger and Losier-Cool (3).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Marion Ménard.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, December 6, 2001, the committee continued its consideration of the document entitled "Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français." (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 50.*)

WITNESSES:

From the Saint-Boniface Hospital:

Mr. Hubert Gauthier, Director General.

From the Ottawa General Hospital:

Mr. Jacques Labelle, former President-Director-General.

From the Affaires francophones intergouvernementales:

Mr. Edmond LaBossière, Coordinator / Facilitator.

The Acting Chairman made a statement.

Mr. Labelle made a statement. Mr. LaBossière made a statement.

At 2:35 p.m. the sitting was suspended.

At 2:50 p.m. the sitting resumed.

Mr. LaBossière made a statement. Mr. Gauthier made a statement.

The witnesses answered questions.

At 4:16 p.m. the committee continued *in camera* to discuss a future draft agenda.

À 12 h 15, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le mercredi 11 septembre 2002
(82)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 14 h 07, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Yves Morin (*président suppléant*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Keon, Morin et Pépin (3).

Autres sénateurs présents: Les honorables sénateurs Gauthier, Léger et Losier-Cool (3).

Également présente: Marion Ménard, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 6 décembre 2001, le comité poursuit son examen du document intitulé «Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français». (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi se trouve dans le fascicule n° 50 des Délibérations.*)

TÉMOINS:

De l'Hôpital Saint-Boniface:

M. Hubert Gauthier, directeur général.

De l'Hôpital général d'Ottawa:

M. Jacques Labelle, ancien président-directeur général.

Des Affaires francophones intergouvernementales:

M. Edmond LaBossière, coordonnateur/facilitateur.

Le président suppléant fait une déclaration.

M. Labelle fait un exposé. M. LaBossière fait un exposé.

À 14 h 35, la séance est suspendue.

À 14 h 50, la séance reprend.

M. LaBossière fait un exposé. M. Gauthier fait un exposé.

Les témoins répondent aux questions.

À 16 h 16, le comité poursuit la séance à huis clos pour discuter d'un plan d'action provisoire.

At 4:42 p.m. the committee adjourned to the call of the Chair.

À 16 h 42, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTEST:

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Tuesday September 10, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:07 a.m. to study the document entitled "Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français" ("Health in French: Towards improved access to health care services in French").

Senator Yves Morin (*Acting Chairman*) is in the Chair.

[Translation]

The Chairman: I will not call the meeting to order. I would first like to welcome our witnesses. May I remind senators that the purpose of this meeting is to resume our consideration of the report on health care provided to francophones outside Quebec, pursuant to a Senate resolution. There are, in fact, two reports: one report from the Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada on health care for francophones in minority communities, and a second report submitted to Minister Rock which by and large contains the same resolutions as the first report.

You will remember that this is a priority matter for French-speaking communities outside Quebec, a priority which was raised again by Minister Dion in Whitehorse recently, and referred to repeatedly by Minister Rock when the committee was struck.

During a previous meeting, we heard representatives from Health Canada, who outlined the work they have done and updated us on the one-time allocation of funds that have been granted to help resolve the problem.

This morning we shall hear witnesses who will describe the situation of francophones outside Quebec. I would like to welcome Mr. Paul d'Entremont, from the Fédération acadienne de la Nouvelle-Écosse, Ms Yselt Friolet, from the Fédération des francophones de la Colombie-Britannique, Mr. Alcide Gour, from the Association canadienne-française de l'Ontario, and finally, Mr. Jean-Guy Rioux, representing the Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada.

I would remind witnesses that we will listen to their first presentation, which should last from six to seven minutes, and that a question period will follow. A certain number of senators will be joining us a bit later and they will also take part in the debate.

Mr. d'Entremont, it will be our pleasure to listen to you now.

Mr. Paul d'Entremont, Health Sector Coordinator, Fédération acadienne de la Nouvelle-Écosse: It is as Coordinator of the Health Sector of the FAN that I speak to you today. The FAN is an umbrella organization of regional, provincial and institutional organizations and the main voice of the Acadian and francophone community.

Allow me to give you some background about the Acadian community of Nova Scotia. Our origins go back to the 17th century, when about 100 French families settled on the

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mardi 10 septembre 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 10 h 07 pour examiner le document intitulé «Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français».

Le sénateur Yves Morin (*président suppléant*) occupe le fauteuil.

[Français]

Le président: Nous allons ouvrir la séance. J'aimerais d'abord souhaiter la bienvenue à nos témoins. Je rappelle aux sénateurs que le but de cette séance est de poursuivre l'étude du rapport sur les soins de santé aux francophones hors Québec, suite à une résolution du Sénat. Il s'agit de deux rapports: un rapport de la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada sur les soins de santé aux francophones en situation minoritaire et un deuxième rapport présenté au ministre Rock et qui reprend largement les résolutions du premier rapport.

Vous vous souviendrez qu'il s'agit d'un sujet prioritaire pour les communautés francophones hors Québec, priorité qui a été reprise par le ministre Dion récemment à Whitehorse et qui a été exprimée à plusieurs reprises par le ministre Rock lors de la création du comité.

Nous avons entendu, lors d'une séance précédente, les représentants de Santé Canada qui ont fait état des travaux réalisés de leur côté et d'attribution de fonds qui doivent être versés de façon ponctuelle en vue d'une solution du problème.

Ce matin, nous entendrons des témoins qui nous feront part de la situation des francophones hors Québec. J'aimerais souhaiter la bienvenue à M. Paul d'Entremont, de la Fédération acadienne de la Nouvelle-Écosse, Mme Yselt Friolet, de la Fédération des francophones de la Colombie-Britannique, M. Alcide Gour, de l'Association canadienne-française de l'Ontario et enfin M. Jean-Guy Rioux, qui représente la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada.

Je vous rappelle qu'il y aura une première présentation de votre part d'une durée de six à sept minutes et, par la suite, il y aura des questions. Un certain nombre de sénateurs doivent se joindre à nous un peu plus tard et participeront au débat.

Monsieur d'Entremont, nous vous écoutons avec plaisir.

M. Paul d'Entremont, coordonnateur du secteur santé, Fédération acadienne de la Nouvelle-Écosse: C'est en tant que coordonnateur du secteur santé de la FAN que je me présente devant vous aujourd'hui. La FAN est un regroupement d'organismes régionaux, provinciaux et institutionnels et le principal porte-parole de la communauté acadienne et francophone.

Laissez-moi vous dire un mot sur la communauté acadienne de la Nouvelle-Écosse. Nos origines remontent au XVII^e siècle, alors qu'une centaine de familles françaises s'installèrent sur les rives de

shores of the Bay of Fundy and around Grand-Pré. More recently, and according to the 1996 census, our 36,300 francophones made up 4 per cent of the overall population of the province, which stood at about 900,000 inhabitants at that time. It is a community whose numbers have remained stable over the past 50 years, but one which has decreased in relative terms, as a percentage of the whole. It is also a well-rooted community, since 70 per cent of francophones were born here and very few of them migrate to other provinces.

Our demographic weight is relatively light, but we are concentrated in fairly homogeneous rural regions, which gives us some political clout. For instance, in the Argyle and Clare regions in the south west area of the province, Acadians make up the majority of the population. There are two concentrations of Acadian francophone inhabitants in urban areas, i.e. those of Halifax-Dartmouth and Sydney, Cape Breton. Acadians make up more than 15 per cent of the population, and 4 of the 18 provincial counties.

In Nova Scotia, there exists no provincial law or policy stipulating that services must be offered in French. This explains why access to health care in French is so very limited, and where such services are offered, they are provided thanks to the dogged persistence of individuals and community organizations. Existing French services have often been put in place by chance, randomly, and the community fears losing them. The comments gathered during the recent consultation of the Acadian francophone population in our eight Acadian regions, such as in the recent study carried out by the FCFA, bear witness to the fact that there is very little access to services in French.

Nevertheless, in Chéticamp, Cape Breton, one finds a community health centre that provides just about a full range of primary care services. On Île Madame, also in Cape Breton, there is a centre which offers more limited services. A few medical clinics offer services in French in five regions of the province. In short, overall, French services are by and large non-existent in community or hospital health care settings.

Aside from the language barrier, another stumbling block to the provision of services is the rural nature of our communities, which gives rise to many difficulties. For instance, Acadian women must travel more than three hours from Chéticamp or West Pubnico to have access to specialized services in the capital.

The existence of French institutions in our communities strengthens our presence and contributes to a better sense of belonging. Thus, the presence of francophone community health centres in Acadian regions would strengthen Acadian people's sense of belonging to their community while contributing to cultural, economic and community development. The desire to see such centres was expressed very strongly during the consultations.

The regional "Capital" health board located in Halifax-Dartmouth has been designated as the administrative centre for tertiary care and specialized services for all of the province as well

la baie de Fundy et autour de Grand-Pré. De nos jours, et selon le recensement de 1996, les quelque 36 300 francophones constituaient, à cette date, 4 p. 100 de la population totale de la province, qui s'élevait à près de 900 000 habitants. C'est une communauté dont les effectifs sont stables depuis 50 ans, mais dont le pourcentage tend à diminuer. C'est aussi une communauté bien enracinée puisque 70 p. 100 des francophones sont nés ici et que peu d'entre eux se déplacent vers d'autres provinces.

Notre poids démographique est faible, mais nous sommes concentrés dans les régions rurales assez homogènes, ce qui nous confère un poids politique. Par exemple, dans les régions d'Argyle et de Clare, au sud-ouest de la province, les Acadiens forment la majorité. Deux concentrations de population acadienne et francophone se situent aussi dans les centres ou les régions urbaines, soit celles de la région d'Halifax-Dartmouth et de Sydney, au Cap-Breton. Les Acadiens forment plus de 15 p. 100 de la population, dont 4 des 18 comtés de la province.

En Nouvelle-Écosse, il n'existe pas de loi ni de politique provinciale d'offre de services en français. Ceci explique pourquoi les services de santé en français sont si peu accessibles et, là où ils existent, ils y sont offerts en raison de l'acharnement des individus et des organismes communautaires. Les acquis dans la prestation des services en français sont très souvent le résultat du hasard et la communauté en craint la perte. Les propos recueillis lors des récentes consultations tenues auprès de la population acadienne et francophone dans nos huit régions acadiennes, comme par exemple l'étude récente de la FCFA, attestent du fait que les services en français sont peu accessibles.

Tout de même, à Chéticamp, au Cap-Breton, on compte un centre de santé communautaire qui offre à peu près toute la gamme de services de soins primaires. À l'île Madame, toujours au Cap-Breton, on trouve un centre qui offre des services plus limités. Quelques cliniques médicales offrent des services en français dans cinq régions de la province. Enfin, dans l'ensemble, les services en français sont à peu près inexistant dans le milieu hospitalier ou communautaire.

En plus de la barrière linguistique, la réalité rurale de nos communautés pose de nombreuses difficultés quant à la prestation des services. Par exemple, les femmes acadiennes doivent voyager plus de trois heures, à partir de Chéticamp ou de Pubnico-Ouest, pour avoir accès aux services spécialisés de la capitale.

La présence d'institutions francophones dans nos communautés affirme notre présence et contribue à une plus grande identification des éléments qui la composent. C'est ainsi que la présence de centres de santé communautaires francophones dans les régions acadiennes renforcerait le sens d'appartenance des Acadiens à leur communauté tout en contribuant au développement culturel, économique et communautaire. Ce désir fut fortement exprimé lors des consultations.

La Régie régionale de la santé «Capital», située à Halifax-Dartmouth, est désignée comme chef-lieu pour les services tertiaires et les soins spécialisés pour toute la province ainsi que

as for the other Maritime provinces and Saint-Pierre-et-Miquelon. Unfortunately, it does not offer services in French. This shortcoming is sometimes compensated by the use of interpretation services for patients and users of French-language services and their families which is, as I am sure you will agree, insufficient.

I would now like to discuss a project which was launched recently by our organization, a project known as "Les services de santé en français" (Health services in French). Thanks to financial support provided by Health Canada and the Department of Canadian Heritage, the FANE and its partners consulted the Acadian francophone community, health professionals, and leaders and decision-makers in the health care field concerning action strategies with regard to the provision of health care services in French. To this end, public consultations were held in the month of May in eight regions of the province. Participants described the situation as they experienced it in each of the regions, and professionals shared their expertise; thus, the stakes, problems, concerns and existing initiatives were identified, as well as the areas where interventions were needed, as well as action strategies which might improve access to French-language health care services.

A provincial forum was then held in June, where initiatives and action strategies and possible solutions which might impact on policies involving access and the provision of French-language health care services were proposed, in order to determine how political leaders might take action to improve access to French-language health care services at the regional, provincial and national levels.

Proposed initiatives favoured strengthening community skills in devising strategies and policies to provide services in both rural and urban regions, as well as disease prevention, health promotion, specialized care, long-term health care, screening of young children and the elderly, recruitment, training and retention of staff in the health care professions, consciousness-raising among political leaders and authorities with regard to the need for services, a demographics-based funding formula to be used by the federal and provincial governments for the provision of health care services, and finally, the creation of a sectoral committee of the FANE for the purpose of creating and monitoring a plan to provide French health care services. The proposed initiatives attribute a great deal of importance to the determinants of health and suggest that the community be involved in the decision-making structure.

Language has repercussions on the quality and effectiveness of services and is a matter of common sense. Health care services are of better quality and often more effective if they are provided in the language of the patient. The Acadian and francophone community of Nova Scotia is no different from other minority Acadian and francophone communities in Canada in this regard. The provision of quality services is closely related to whether or not health care professionals can care for, help, inform, advise, guide and educate service users. Understanding and being

pour les autres provinces atlantiques comme pour Saint-Pierre-et-Miquelon. Malheureusement, des services en français n'y sont pas offerts. On compense cette lacune en offrant parfois des services d'interprétation aux patients et utilisateurs des services francophones et à leurs familles, ce qui est, vous en conviendrez, insuffisant.

Je vous parlerai maintenant d'un projet lancé dernièrement par notre organisme, soit «Les services de santé en français». Grâce à l'appui financier de Santé Canada et du ministère du Patrimoine canadien, la FANE, avec ses partenaires, a consulté la communauté acadienne et francophone, les professionnels de la santé, les dirigeants et décideurs du domaine de la santé au sujet des stratégies d'action en matière de services de santé en français. Pour ce faire, une tournée de consultations publiques dans huit régions de la province ont eu lieu au mois de mai. C'est en décrivant la situation telle qu'elle se vit dans chacune des régions et en profitant de l'expertise des professionnels de la santé que les participants ont identifié les enjeux, les problématiques, les préoccupations, les initiatives existantes et les besoins d'intervention et stratégies d'action pouvant améliorer l'accès aux services de santé en français.

Un forum provincial a suivi en juin, et des initiatives ou stratégies d'intervention et des pistes de solutions possibles pouvant influencer les politiques en matière d'accès et de prestation des services de santé en français y furent proposées afin de déterminer comment pourraient agir les dirigeants politiques pour améliorer l'accès aux services de santé en français aux niveaux régional, provincial et national.

Les initiatives proposées favorisent le renforcement des capacités communautaires dans l'élaboration de stratégies et de politiques pour la prestation des services en régions rurales et urbaines, la prévention des maladies, la promotion de la santé, les soins spécialisés, les soins de longue durée, le dépistage tant chez la petite enfance que chez les aînés, le recrutement, la formation et la rétention dans les professions de la santé, la sensibilisation auprès des autorités et dirigeants politiques quant aux besoins des services, une formule de financement utilisée par les gouvernements fédéral et provincial pour les services de santé fondée sur les besoins démographiques et, en dernier lieu, la formation d'un comité sectoriel de la FANE en vue de l'élaboration et de la surveillance d'un plan de prestation des services de santé en français. Elles accordent une attention particulière aux déterminants de la santé et proposent l'implication de la communauté dans la structure décisionnelle.

La langue est une question de qualité, d'efficacité et de bon sens. Les services de santé sont de meilleure qualité et sont souvent plus efficaces s'ils sont offerts dans la langue du patient. La communauté acadienne et francophone de la Nouvelle-Écosse ne diffère pas des autres communautés acadiennes et francophones en situation minoritaire au Canada à cet égard. Une prestation de qualité étroitement liée à la capacité des professionnels du domaine de la santé de soigner, aider, informer, conseiller, orienter et éduquer les utilisateurs des services. La

understood is essential if there is to be an effective relation between the health care professional and the user of the service.

Speaking the client's language shows respect for his or her culture. In addition, language is closely linked to improving health conditions, promoting health and population health. It enables communities to establish the procedures and structures they need to access health care services in French, and it enables individuals to live in French until the end of their lives.

Health Canada has already demonstrated its openness to this issue. In September 2001, the Consultative Committee for French-speaking Minority Communities submitted its report to the Health Minister. It described quite specifically the five mechanisms that must be established and used to ensure the development of health care services in French for minority communities. The FANE endorses the action plan recommended for the five areas with a view to facilitating community initiatives and improving the accessibility of health care services in French.

We are prepared to go forward to enable the other members of our communities to live in French until the end of their lives. However, we would like to draw your attention to the importance of training health care professionals in French close to our communities. Easy access to training will further foster recruitment and retention.

Finally, I would like to mention the importance of the federal government's role in the area of health care services in French. As the protector of official language minority communities, the federal government must make a clear contribution to their development. This committee's final report must remind it of that and tell it how to proceed in the area of health care. I would like to make two recommendations that the committee could pass on to the government in this regard.

First, that the federal government establish a joint federal-provincial program comparable to the Official Languages in Education program to support the development of health care services in French in minority communities. Second, that the federal government add a sixth principle to the Canada Health Act on linguistic duality. Since my time has run out, I would just mention that some personal testimonies have been appended to our text.

The Acting Chairman: We will definitely have some questions to ask you a little later. We will now proceed with Mr. Gour, the out-going president of the Association canadienne française de l'Ontario.

Mr. Alcide Gour, Outgoing President, Association canadienne-française de l'Ontario: Mr. Chairman, the objective of the Association canadienne-française de l'Ontario is to promote the development of the approximately half million francophones living in Ontario, who account for 50 per cent of francophones living in minority communities in Canada. The ACFO is the main body that speaks for the Franco-Ontarian population.

capacité de comprendre et d'être compris est essentielle à une relation efficace entre un professionnel de la santé et l'utilisateur du service.

En plus de démontrer un respect pour la culture de l'utilisateur, la langue est étroitement liée à l'amélioration des conditions de la santé, de la promotion de la santé et de la santé de la population. Elle favorise la capacité communautaire à s'approprier des mécanismes et des structures d'accès aux services de santé en français et permet à l'individu de vivre en français jusqu'à la fin de ses jours.

Santé Canada a déjà démontré sa volonté de s'ouvrir à cette question. En septembre 2001, le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire a remis son rapport au ministre de la Santé. Ce rapport décrivait de façon assez précise les cinq leviers qui doivent être créés et utilisés en vue d'assurer le développement des services de santé en français en milieu minoritaire. La FANE souscrit au plan d'action proposé pour ces cinq milieux d'intervention dans le but de faciliter les initiatives des communautés et d'améliorer le niveau d'accessibilité des services de santé en français.

Nous sommes prêts à aller de l'avant afin de permettre aux autres membres de nos communautés de vivre en français jusqu'à la fin de leurs jours. Nous désirons toutefois soumettre à votre attention l'importance de la formation des professionnels de la santé en français et ce, près de nos milieux. Un accès facile à la formation favorisera davantage le recrutement et la rétention.

J'aimerais enfin rappeler l'importance du rôle que doit jouer le gouvernement fédéral en matière de soins de santé en français. En tant que protecteur des minorités de langues officielles, le gouvernement fédéral doit contribuer de façon évidente à leur développement. Le rapport final de ce comité doit le lui rappeler et lui indiquer la voie à suivre dans le secteur de la santé. J'aimerais formuler à votre intention les deux recommandations que le comité pourrait faire au gouvernement dans ce dossier.

Premièrement, que le gouvernement fédéral crée un programme conjoint fédéral-provincial comparable au programme des langues officielles dans l'enseignement pour soutenir le développement des services de santé en français en milieu minoritaire. Deuxièmement, que le gouvernement fédéral ajoute un sixième principe à la Loi canadienne sur la santé, touchant la dualité linguistique. Le temps de parole qui m'était alloué étant écoulé, des témoignages sont présentés en annexe.

Le président suppléant: Nous aurons sûrement des questions à vous poser tout à l'heure. J'aimerais maintenant poursuivre avec M. Gour, président sortant de l'Association canadienne-française de l'Ontario.

M. Alcide Gour, président sortant, Association canadienne-française de l'Ontario: Monsieur le président, l'Association canadienne-française de l'Ontario a pour but de promouvoir le développement et l'épanouissement d'environ un demi-million de francophones en Ontario qui représentent 50 p. 100 de la francophonie en milieu minoritaire au Canada. L'ACFO est le principal organisme porte-parole de la population franco-ontarienne.

The report entitled "*Santé en français: Pour un meilleur accès à des services de santé en français*", ("Health in French: towards improved access to health care services in French"), produced by the Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada in June 2001, describes the state of health care services in French for francophone minority communities. I would like to congratulate your committee for doing a thorough study of this report which is very important for francophone minority communities.

The section of the report on francophones in Ontario, as in other parts of Canada, shows some very serious problems regarding access to health care services in French.

The ACFO maintains, as my colleague just mentioned, that access to health care services in French for minority communities in our province is a fundamental matter.

The Romanow commission and your committee will have to consider the issue of access to service in French during your deliberations when you present your final reports. We are talking about access to services to which we should be entitled.

The data show that half the time, francophones living in minority situations have little or no access to health care services in their own language. In other words, a great deal remains to be done before we achieve equality as regards health care services for francophone minority communities.

It must be acknowledged that this is as much an issue of efficiency as of equity. The ability to communicate and be understood is crucial for both the health care professionals and the client. A better relationship between these two individuals makes for greater efficiency, but also avoids putting the client into a dangerous situation. We should be entitled to high quality services. If services are offered in a language other than the client's mother tongue, a foreign language which may be misunderstood in many cases, this can represent a danger for the client. It is certainly not the way to get high quality services.

The brief we submitted to the Romanow commission also shows that being able to train francophone professionals in all health care disciplines is essential if we are to offer high quality services in French in minority communities. Consequently, ACFO supports the recommendation made by the Consultative Committee for French-speaking Minority Communities regarding the establishment of a Canada-wide consortium for training health care professionals in French. Our association fully supports the other eight recommendations put forward by the committee in April 2001 in its report to the Honourable Allan Rock, the Minister of Health at the time.

The purpose of the brief was to make the Romanow commission aware of the urgent need of improving access to health care services in French in minority communities through five mechanisms: networking, French-language intake facilities, human resources training and research. We have very little information about the state of health of francophones living in minority communities, and very little research is being done in

Le rapport intitulé «Santé en français: Pour un meilleur accès à des services de santé en français», préparé par la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada en juin 2001, présente l'état de la situation des services de santé en français pour les populations francophones en situation minoritaire. Je tiens à féliciter votre comité d'examiner en profondeur ce rapport très important pour les francophones en situation minoritaire.

La section traitant des francophones de l'Ontario révèle, comme ailleurs au Canada, de très sérieuses lacunes en ce qui concerne leur accessibilité aux soins de santé dans leur langue.

L'ACFO soutient, comme mon collègue vient de le mentionner, que l'accessibilité aux services de santé en français pour les personnes vivant en situation minoritaire dans notre province est un dossier fondamental.

La commission Romanow et votre comité devrez considérer la question de l'accès linguistique au moment de vos réflexions et rapports finaux. Il s'agit d'une question d'accessibilité à des services auxquels nous devrions avoir droit.

Les données montrent que, dans la moitié des cas, les francophones vivant en situation minoritaire ont peu ou pas accès à des services de santé dans leur langue. Il reste donc un long chemin à parcourir avant d'atteindre l'équité linguistique dans les services de santé aux francophones en milieu minoritaire.

Il faut reconnaître qu'il s'agit autant d'une question d'efficacité que d'équité. La capacité de communiquer et d'être compris est primordiale tant de la part de l'intervenant professionnel que du client. Une relation plus fonctionnelle entre ces derniers permet une meilleure efficacité, mais évite également de placer le client en situation dangereuse. Nous devrions avoir droit à des services de qualité. Si les services sont offerts dans une langue autre que la langue maternelle, une langue étrangère qui peut être mal comprise dans plusieurs cas, cela pourrait constituer un danger pour le client. Ce n'est certes pas une façon d'obtenir des services de qualité.

Le mémoire que nous avons soumis à la commission Romanow démontre également que la capacité de former des professionnels francophones dans toutes les disciplines de la santé est indispensable pour offrir des services de qualité en français en milieu minoritaire. Par conséquent, l'ACFO provinciale endosse la recommandation du Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, visant la mise sur pied d'un consortium pancanadien pour la formation des professionnels de la santé pouvant s'exprimer en français. Notre association appuie pleinement les huit autres recommandations que le comité a présentées en avril 2001 dans son rapport à l'honorable Allan Rock, ministre de la Santé de l'époque.

Ce mémoire a cherché à sensibiliser la commission Romanow au besoin urgent d'améliorer l'accès aux services de santé en français en milieu minoritaire par le biais de cinq mécanismes de développement, soit le réseautage, les lieux d'accueil francophones, la formation des ressources humaines et la recherche. Nous possédons très peu de renseignements sur l'état de santé des francophones en situation minoritaire, et il y a peu de

this field. We also think that the use of information and communication technologies to reach widely scattered population groups is essential and is an important development mechanism.

In order to support these initiatives and mechanisms, we recommended the creation of a federal-provincial-territorial support program for health care delivery for official language minority communities. There is a program to support official languages in education, which is a provincial jurisdiction, and there should be a similar program in the area of health, an area that is just as important as education. A great deal of money is spent on both health and education in Canada, and this disproportion still exists.

Finally, we recommended that the Canada Health Act be amended to add a sixth principle, on linguistic duality and the protection of minorities. This would ensure that the linguistic minorities in this country would be entitled to health care services in their own language. These two principles have moreover been recognized by the Supreme Court of Canada. They exist, but they have not yet been implemented in a number of areas and intergovernmental memorandums of understanding. Respect for Canada's linguistic duality and a commitment to protect minorities should be an integral part of the work of your committee and that of the Romanow commission in order to maintain and improve Canada's public health care system. Without service in French for francophones, we do not have a high quality health care service. This is a matter of efficiency and equity.

In the Speech from the Throne, the government identified linguistic minority communities as one of its priorities. We are convinced that adopting the following recommendations will ensure sustainable health care services in French in Ontario and elsewhere and will also support the fundamental Canadian values of a universal health care system accessible to all but that also respects our linguistic duality and protects minorities.

The recommendations we ask you to support and that we ask the Romanow commission to support are as follows:

- that the government recognize the responsibility of Health Canada as regards linguistic duality and the protection of minorities in its efforts to maintain and improve Canada's public health care system;
- that Health Canada play a leadership role by adopting the strategies recommended by this francophone committee on health care for minority communities;
- that the federal government establish and implement a federal-provincial-territorial support program for health care services in French similar to the one for education;

recherche qui se fait dans le domaine. Nous croyons également que l'utilisation des technologies de l'information et de la communication permettant de rejoindre les populations très dispersées est essentielle et constitue un des leviers de développement importants.

Pour soutenir ces initiatives et ces leviers de développement, nous avons proposé la création d'un programme intergouvernemental fédéral, provincial, territorial de soutien à la prestation des services de santé pour les minorités linguistiques. Il existe un programme de soutien aux langues officielles dans le domaine de l'éducation, qui est de juridiction provinciale, et un programme de ce genre devrait exister également dans le domaine de la santé, composante aussi importante que l'éducation. Il se dépense d'ailleurs au Canada beaucoup d'argent tant dans le domaine de la santé que dans le domaine de l'éducation, et cette disproportion existe toujours.

Enfin, nous avons recommandé une modification à la Loi canadienne sur la santé dans le but d'y ajouter un sixième principe, soit celui de la dualité linguistique et de la protection des minorités, ce qui assurerait aux minorités linguistiques du pays le droit aux services de santé dans leur langue. Ces deux principes ont d'ailleurs été reconnus par la Cour suprême du Canada. Ils existent mais, dans plusieurs secteurs et protocoles d'entente intergouvernementale, ils ne sont pas encore mis en vigueur alors que ce devrait pourtant être le cas. Le respect de la dualité linguistique et l'engagement à l'égard de la protection des minorités devraient faire partie intégrante des efforts de votre comité et de la commission Romanow afin de conserver et d'améliorer le système de santé publique au Canada. Sans services en français pour les francophones, il n'existe pas de qualité de services dans le domaine de la santé. C'est une question d'efficacité et d'équité.

Lors du discours du Trône, le gouvernement avait identifié les minorités linguistiques comme étant une de ses priorités. Nous sommes persuadés que l'adoption des recommandations qui suivent assurera une pérennité des services de santé en français en Ontario comme ailleurs et appuiera aussi les valeurs canadiennes fondamentales que sont un système de santé universel, accessible à tous, mais qui respecte la dualité linguistique et la protection des minorités.

Les recommandations que nous vous proposons d'appuyer et que nous avons demandé à la commission Romanow d'appuyer sont les suivantes:

- que le gouvernement reconnaisse la responsabilité de Santé Canada en matière de dualité linguistique et de protection des minorités dans son effort pour conserver et améliorer le système de santé publique au Canada;
- que Santé Canada joue un rôle de leader en adoptant les stratégies proposées par ce comité francophone sur la santé en situation minoritaire;
- que le gouvernement fédéral crée et mette en oeuvre un programme fédéral, provincial et territorial de soutien aux services de santé en français similaire à celui qui existe dans le domaine de l'éducation;

- that the federal government amend the Canada Health Act to add a sixth principle similar to the one in our Constitution on linguistic duality and the protection of minorities. This would guarantee the right of official language minority communities in this country to health care services in their own language.

The Acting Chairman: Thank you, Mr. Gour. We will have an opportunity to ask you some questions on your testimony a little later. I will now give the floor to Ms Yseult Friolet, from the Fédération des francophones de la Colombie-Britannique.

Ms Yseult Friolet, Executive Director, Fédération des francophones de la Colombie-Britannique: I would like to start by giving you a brief description of our community. When we think of British Columbia, we often think about mountains and the sea, but we may forget that there are 61,000 francophones living in our beautiful province.

Without going into statistical detail, I have asked that you be given some documentation on our community, that you can look at when you have time. There are 61,000 francophones living in British Columbia, but it is interesting to know that according to the most recent statistics, for 1996, the Department of Health extrapolated that there were 63,000 francophones living in the province.

I would like to draw your attention to the fact that B.C. is the third largest francophone community in Canada, after Ontario and New Brunswick. It is often forgotten that there are more than 61,000 francophones living on the Pacific Coast, according to Statistics Canada. There is also a large community of people who speak French as their second or third language. There are close to 250,000 people in our province who can speak French, which is roughly 7 per cent of the population.

Our federation was founded in 1945. It is the organization that speaks for francophones in our province and is now made up of 35 associate members representing the francophones in various sectors and in all regions of British Columbia.

We are not a widely scattered community, but one that can be found throughout the province.

Luckily or unluckily, over 50 per cent of our population lives in the metropolitan Vancouver area. The fact that we live as a community in a major urban centre means that we are somewhat similar to the francophone community in Toronto. Our rural community is not so large, and that is one of the unique features of the francophone community in our province.

We are more urban than rural. I will not go into our backgrounds; I am sure you are familiar with the history of Canada. The presence of francophones dates back to the arrival of Mackenzie. We have been on the Pacific Coast since 1793. French Canadians built forts in Manley, Victoria and Nanaimo. In 1860, 60 per cent of the population of European origin was francophone. After 1860 and after the introduction of the Official

- que le gouvernement fédéral modifie la Loi canadienne sur la santé afin d'y ajouter un sixième principe, tel qu'il apparaît dans notre Constitution, soit celui de la dualité linguistique et de la protection des minorités, ce qui assurerait aux minorités linguistiques du pays le droit à des services de santé dans leur langue.

Le président suppléant: Je vous remercie, M. Gour. Nous aurons l'occasion de vous poser des questions sur votre témoignage. Je donne maintenant la parole à Mme Yseult Friolet, de la Fédération des francophones de la Colombie-Britannique.

Mme Yseult Friolet, directrice générale, Fédération des francophones de la Colombie-Britannique: J'aimerais d'abord vous donner un bref aperçu de notre communauté. En Colombie-Britannique, on pense souvent aux montagnes et à la mer, mais on oublie qu'il y a 61 000 francophones dans cette belle province.

Sans entrer dans les détails statistiques, j'ai demandé que l'on vous distribue de la documentation sur notre communauté, que vous pourrez consulter à loisir. Nous sommes 61 000 francophones en Colombie-Britannique, mais, fait intéressant, selon les dernières statistiques de 1996, le ministère de la Santé a extrapolé que nous étions 63 000 francophones.

J'aimerais attirer votre attention sur le fait que la Colombie-Britannique est la troisième communauté francophone en importance, après l'Ontario et le Nouveau-Brunswick. On oublie souvent que, selon Statistique Canada, la côte du Pacifique compte plus de 61 000 francophones. Nous comptons également une grande communauté de gens qui parlent le français comme deuxième ou troisième langue. Ainsi, près de 250 000 personnes peuvent s'exprimer en français, ce qui représente environ 7 p. 100 de la population.

Notre Fédération a été fondée en 1945. Elle est l'organisme porte-parole des francophones de la province et compte en ce moment 35 membres associatifs qui représentent les francophones dans divers secteurs et dans toutes les régions de la Colombie-Britannique.

Nous sommes une communauté non pas dispersée, mais qui se trouve sur l'ensemble du territoire de la Colombie-Britannique.

Nous avons le bonheur, ou le malheur, d'avoir plus de 50 p. 100 de notre population qui vit dans le Vancouver métropolitain. Le fait de se développer dans un grand centre urbain en communauté fait que nous ressemblons un peu à la communauté francophone de Toronto. Notre communauté rurale n'est pas si grande, ce qui constitue une particularité de notre communauté francophone.

Nous sommes plus urbains que ruraux. Je ne vous apprendrai rien de nos racines. Vous êtes sûrement au courant de l'histoire du Canada. La présence des francophones remonte à l'arrivée de Mackenzie. Nous sommes sur la côte du Pacifique depuis 1793. Les Canadiens français, ou les Canayens, ont bâti les forts Manley, Victoria et Nanaimo. En 1860, 60 p. 100 de la population d'origine européenne était francophone. Après 1860

Languages Act, we lost a great many services. This period may have been the Middle Ages for the francophone community in B.C., but it was a rather gloomy time, not a happy one.

Nevertheless, the community has continued to develop and be present. I would like to talk about the major issues facing us today. We have some projects regarding post-secondary education. British Columbia still does not have a university-level institution in French. We are involved in immigration matters for new arrivals. The issue of interest to us today is health care.

Health care is extremely important for our community. That is why we were given a mandate six years ago to ensure that francophones in B.C. would have access to health care services in French. What a task, you may say, but nevertheless! I would just like to remind you of one historical fact. French Canadians established the first hospitals in British Columbia — namely Mount Saint-Joseph Hospital and Saint-Paul Hospital. The hospitals were run by religious communities from the greater Montreal area. When the Saint-Paul Hospital celebrated its anniversary, all its archives were in French. There was a cost to be paid to have them translated and to inform the anglophone community about this part of our history. There was a reluctance to acknowledge this fact, but it is not so easy to erase words that have been written down. So we have a presence in this province.

Thus the francophone community in British Columbia is not well known. We have started our work and we support totally the work carried out by the francophone and Acadian communities of Canada. Their research has made it possible for us to get on board as far as developing services in French is concerned. We support their initiatives and we are very satisfied with what they have done. You know that if you are sick it is very important to receive care in your own language. I do not have to try to convince you of that. My colleagues have already spoken about this need. Mr. d'Entremont has some examples of this.

I would like to talk to you about the report on providing better access to health services in French. We feel it is very well written and gives a good representation of our own situation. This report deals primarily with the public health network. We have only one public institution in British Columbia, namely the Foyer Maillard, which is a retirement residence.

You all know of the Maillardville community, which dates back to around 1905. The community managed to obtain this residence. It is our only institution which is designated as bilingual and it is funded by our provincial government. We do not have any other health services in French. Otherwise we can obtain health care through the private sector.

We would like to change this situation. We have carried out a study — and I have asked that it be circulated — which identifies francophones' needs. We would like to develop two initiatives. In the first place, health care is often provided by professionals. We

et suite à l'adoption de la Loi sur les langues officielles, nous avons perdu énormément de services. Peut-être que ce fut le Moyen Âge pour la communauté francophone en Colombie-Britannique, pas un Moyen Âge heureux mais plutôt ténébreux.

Par contre, la communauté a continué de se développer et à être présente. Je voudrais vous parler des grands enjeux auxquels nous faisons face aujourd'hui. Nous avons des projets en ce qui concerne l'enseignement postsecondaire. La Colombie-Britannique n'a toujours pas d'institution secondaire de niveau universitaire. Nous travaillons au dossier de l'immigration pour les nouveaux arrivants. Ce qui nous intéresse aujourd'hui est le dossier de la santé.

Le dossier de la santé est d'une grande importance pour notre communauté. C'est la raison pour laquelle on nous a donné le mandat, il y a déjà six ans, de nous assurer que les francophones de la Colombie-Britannique auraient accès à des services en français. Quelle tâche, me direz-vous, mais quand même! Je voudrais vous rappeler un petit fait historique. Ce sont les Canadiens français et les Canadiennes françaises qui ont créé les premiers hôpitaux en Colombie-Britannique, soit l'Hôpital Mont Saint-Joseph et l'Hôpital Saint-Paul. Les gestionnaires des hôpitaux étaient les communautés religieuses. Elles venaient de la grande région de Montréal. Lorsque l'Hôpital Saint-Paul a fêté son anniversaire, les archives étaient toutes en français. Il a fallu payer pour les faire traduire et faire connaître cette histoire à la communauté anglophone. On n'a pas voulu reconnaître ce fait mais les mots ne s'effacent pas si facilement. Il y a donc une présence.

La communauté francophone de Colombie-Britannique est donc méconnue. Nous avons commencé à travailler et nous appuyons totalement les travaux réalisés par les communautés francophones et acadienne du Canada. Les recherches qu'elles ont réalisées nous ont permis de monter dans le train du développement des services en français. Nous appuyons leur initiative et nous en sommes très contents. Vous savez que lorsqu'il s'agit d'être soigné, il est important de l'être dans sa langue si on est malade. Je n'ai pas à vous en convaincre. Mes collègues en ont parlé. M. d'Entremont a quelques témoignages à ce sujet.

Je voudrais parler du rapport intitulé «Pour un meilleur accès à des services de santé en français». Nous estimons qu'il est très éloquent et représente bien ce qui se passe chez nous. Ce rapport parle surtout du réseau public de la santé. Nous n'avons qu'une seule institution publique en Colombie-Britannique, soit le foyer Maillard, une résidence pour personnes âgées.

Vous connaissez tous la communauté de Maillardville, qui s'est constituée autour de 1905. Cette communauté a obtenu cette résidence. C'est notre seule institution désignée comme étant bilingue et elle est financée par notre gouvernement provincial. Nous n'avons aucun autre service de santé en français. Sinon, nous pouvons obtenir des soins par le biais du secteur privé.

Nous souhaitons changer cette situation. Nous avons mené une recherche — j'ai d'ailleurs demandé qu'on vous la distribue — qui identifie les besoins des francophones et nous voulons développer deux initiatives. Tout d'abord, les soins de santé

have developed a list and we are trying to convince many people that they do have access to services in French, to a dentist, a psychologist, and so on. We need a network of institutions, such as community clinics. This will take a bit more time.

These are the two areas, therefore, where we have to make improvements so that we may eventually have access to health services in French. We have prepared a study which enables us to identify francophones' needs and to take part in the work of the advisory committee. We are ready to move on to the first stage of the recommendations made by the advisory committee, which is to set up a network.

In our case, it would be a sectoral health table where we could bring together the health boards, the provincial government, the federal government and our institutions. As well, we have a list of approximately 120 francophone health professionals and we are circulating it. This is an initiative designed to encourage people to use services in French. These are things which we have done for francophones without any assistance. We need funding to provide a structure for all these initiatives. We put in a request and we thank Mr. Stéphane Dion for the \$1.9 million which he has promised us. We will be able to have our sectoral health table and we will be able to start a dialogue with the provincial government and our regional health boards in order to start setting up a public health system.

We realize that \$1.9 million and the \$8 million announced for francophones in a minority situation will be very quickly used up in the health field. I am in agreement, therefore, with what my colleagues have said. The Government of Canada must help the provincial governments and set up a program in the health sector similar to the Official Languages Education Program. We support this recommendation. We believe that a mechanism of this kind would make it possible for us to have longer term access to health care services.

We have also appeared before the Romanow commission. We asked that a sixth principle be added, one dealing with linguistic duality. We are all in agreement on this, as you can hear. If you are weak or ill, it is important for francophone communities to show solidarity and work together.

The Acting Chairman: Thank you for your presentation, it was akin to a brief history course. I would now like to welcome Mr. Jean-Guy Rioux.

Mr. Jean-Guy Rioux, Vice-President, Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada: Thank you for providing me with the opportunity to discuss the study entitled "Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français." In my capacity as vice-president of the Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada, I feel, as do the previous witnesses who have come from all over the country, that the work we are currently doing is in line with the approach taken by Minister Dion, who is also

sont souvent offerts par des professionnels. Nous avons créé un répertoire et nous tentons de convaincre beaucoup de gens qu'ils ont accès à des services en français, à un dentiste, à un psychologue, et cetera. Nous avons besoin d'un réseau d'institutions, comme par exemple de cliniques communautaires. Cela prendra un peu plus de temps.

Ce sont donc les deux aspects que nous devons améliorer pour enfin avoir accès à des services de santé en français. Nous avons mené une étude qui nous a permis d'identifier les besoins des francophones et de participer aux travaux du comité consultatif. Nous sommes prêts à entreprendre la première étape des recommandations qui ont été faites par le comité consultatif, c'est-à-dire à mettre en place un réseau.

Chez nous, il s'agit d'une table sectorielle en santé où nous pourrions réunir les «Health Board», le gouvernement provincial, le gouvernement fédéral et nos institutions. Nous avons aussi en main un répertoire d'environ 120 francophones ou professionnels de la santé et nous en faisons la distribution. C'est une initiative que nous poursuivrons afin d'inciter les gens à utiliser les services en français. Ce sont des choses que nous faisons pour les francophones, sans aide aucune. Nous avons besoin de fonds pour structurer toutes ces initiatives. Nous avons déposé une demande et nous remercions M. Stéphane Dion de la somme de 1.9 million de dollars qu'il nous a promise. Nous aurons donc notre table sectorielle en santé et nous pourrions commencer à dialoguer avec le gouvernement provincial et nos régies régionales de la santé et mettre en place un début de système public en santé.

Nous sommes conscients que cette somme de 1.9 million de dollars et les 8 millions de dollars annoncés pour les francophones en situation minoritaire seront vite dépensés dans le domaine de la santé. J'abonde donc dans le sens de mes collègues. Il faut que le gouvernement du Canada aide les gouvernements provinciaux et à mettre en place un programme dans le secteur de la santé similaire au programme des langues officielles dans l'enseignement. Nous appuyons cette recommandation. Nous pensons que ce mécanisme nous permettra d'avoir accès à plus long terme à des services de soins de santé.

Nous avons aussi témoigné devant la commission Romanow. Nous avons demandé l'inclusion d'un sixième principe qui touche la dualité linguistique. Nous parlons d'une seule voix. Vous pouvez l'entendre. Quand on est fragile, quand on est malade, les communautés francophones ont intérêt à se souder et à travailler de concert.

Le président suppléant: Je vous remercie de votre présentation, cela a été un petit cours d'histoire. Je souhaite maintenant la bienvenue à M. Jean-Guy Rioux.

M. Jean-Guy Rioux, vice-président, Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada: Je vous remercie de l'occasion que vous m'offrez de discuter de l'étude intitulée «Santé en français — pour un meilleur accès à des services de santé en français». J'aimerais vous dire qu'en mon nom, à titre de vice-président de la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada, et au nom des précédents témoins venus de diverses régions, que le travail que nous accomplissons actuellement s'inscrit fortement dans la démarche

responsible for coordinating the official languages file within the federal government. Health care is a priority for Canada's minority francophone and Acadian communities. This study is part of our global development plan and of the plan Minister Dion presented to us at our Whitehorse meeting last June. It is useful to keep in mind these facts in the course of our debate. Minister Dion has a very important responsibility within the federal government, even though it does not directly relate to health care. The issue at hand is official languages, but also access to health care in minority francophone communities in Canada.

I would like to begin by speaking to the main conclusions reached in the study which the Fédération des communautés francophones et acadienne coordinated for the Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire. Over 300 people working in the field of health care contributed directly or indirectly to this vast consultation. This is unprecedented. Indeed, it was the first time that anyone had tried to paint a national picture of minority francophone communities' access to health care in French.

This study therefore represents a unique contribution to what we know about francophones living in a minority situation. Yet is health care not essential to human well-being? As the Honourable Marcel Massé, President of Treasury Board, said when he appeared before the joint Official Languages Committee: "There is no doubt in my mind that the most crucial situations in which you need your language are when you are sick and need help and when you are in school."

Every year, tens of thousands of francophones living in minority communities have the opportunity to confirm Mr. Massé's words when they must grapple with the general lack of French services found outside Quebec. The report paints a worrying picture of the state of French health care services in Canada. Half of francophones living outside Quebec are rarely able to receive health care in French and this proportion varies greatly from one province to the next. For instance, about 25 per cent of francophones living in New Brunswick and Manitoba do not have access to health care services in French in their community care clinics, whereas this figure stands at 59 per cent in Ontario, 80 per cent in Nova Scotia and 93 per cent in Alberta.

The fact that these basic services are only available in English, and that this is also the case in areas where francophones live, is, to say the least, worrying. But the situation is much worse for many other francophones. Specialized, potentially life-saving services are almost non-existent in some places, even in cases where good patient-doctor communication is essential.

For example, 84 per cent of francophone communities do not have access to mental health services in French — but that may be because we do not need any!

du ministre Dion, coordonnateur du dossier des langues officielles au gouvernement fédéral. Les soins de santé en français sont une priorité pour les communautés minoritaires francophones et acadienne du Canada. Cette étude fait partie de notre plan de développement global et de celui que le ministre Dion nous a présenté lors de notre rencontre à Whitehorse, en juin dernier. Il est bon d'avoir cette trame de fond dans les discussions que nous tenons. Le travail du ministre Dion est très important au plan fédéral, même s'il ne s'effectue pas au niveau de la santé. Le dossier dont nous parlons actuellement traite des langues officielles mais aussi de l'accès aux soins de santé pour les milieux minoritaires francophones au Canada.

J'aimerais d'abord vous présenter les grandes conclusions de cette étude que la Fédération des communautés francophones et acadienne a coordonnée pour le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire. Plus de 300 personnes oeuvrant dans le domaine de la santé ont contribué directement ou indirectement à cette grande consultation. Il s'agissait d'une première. En effet, c'était la première fois qu'on tentait d'établir un portrait national de la situation des soins de santé en français pour les communautés francophones en situation minoritaire.

Cet exercice constitue donc une contribution unique à la description du vécu des francophones en situation minoritaire. Pourtant, les services de santé ne sont-ils pas essentiels au bien-être des personnes? Comme le disait l'honorable Marcel Massé, président du Conseil du Trésor, alors qu'il comparaisait devant le Comité mixte des langues officielles: «Il n'y a aucun doute dans mon esprit que les moments où vous avez le plus besoin de faire quelque chose dans votre propre langue sont lorsque vous êtes malade et avez besoin d'être soigné, et lorsque vous êtes éduqué.»

Chaque année, des dizaines de milliers de francophones de nos communautés en situation minoritaire ont l'occasion de confirmer cet énoncé de M. Massé lorsqu'ils se heurtent à la pénurie généralisée des services en français qui prévaut à l'extérieur du Québec. Le rapport dresse un portrait préoccupant de la situation des soins de santé en français au pays. La moitié des francophones de l'extérieur du Québec n'ont que rarement accès à des services de santé en français et cette proportion varie grandement d'une province à l'autre. Par exemple, près de 25 p. 100 des francophones du Nouveau-Brunswick et du Manitoba n'ont aucun accès à des services en français à leur centre de santé communautaire, alors que cette proportion est 59 p. 100 en Ontario, 80 p. 100 en Nouvelle-Écosse et 93 p. 100 en Alberta.

Le fait que les services médicaux de base ne soient disponibles qu'en anglais, et ce dans une proportion aussi grande en ce qui concerne des régions où vivent des communautés francophones est pour le moins inquiétant. Pour de nombreux francophones, il y a pourtant bien pire. Des services spécialisés dont dépendent parfois leur vie y sont presque totalement absents, même dans les cas où une bonne communication entre patients et professionnels est primordiale.

Par exemple, 84 p. 100 des communautés francophones ne bénéficient d'aucun service de santé mentale en français — peut-être n'en avons-nous pas besoin!

Of the 58 regions surveyed in the study, less than 25 per cent had partial or total access to French health care services. Some areas did better than others, but there was no area whose needs were completely met. A francophone is 3 to 7 times more likely not to receive health care services in his language than an anglophone living in the same region. Since the Constitution and the Canadian Charter of Rights and Freedoms guarantees every Canadian the right to be educated in French, and since the Supreme Court has ruled that francophones have the right to face trial in French, it goes without saying that we should also have the right to be born, to be cared for and to die in French. It is a question of basic human dignity. It is also a simple matter of fairness. Quality care necessarily involves good communication between the patient and his doctor or health care professional. When a French Canadian is forced to speak English with a health care provider, the quality of care he receives is lower than that made available to the rest of the population. It is unacceptable that francophones are forced to receive health care in another language when they are at their most vulnerable.

How is it possible to help a young anorexic woman when all you can say is: "I am sorry, I do not speak French"? How can you possibly help a child who has trouble expressing himself, when all you can say is: "I am sorry, I do not speak French"? How can you possibly help a 50-year-old man or woman who must choose between various cancer treatments when all you can say is, again: "I am sorry, I do not speak French"? How can you possibly help a senior citizen needing home care when the only thing you can say to this person is, once more: "I am sorry, I do not speak French"? You're not doing any good by replying with "I am sorry...". Everyone knows that when they hear a sentence beginning with those words, it's because they are not able to obtain something. francophones understand that as well.

For the Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada, health care is of the utmost importance, an essential service which more than half of the minority francophone population is currently deprived of. Even though some francophone minority communities have access to French health care services, which were brought about thanks to the work of various governments, there is still room for improvements in every province and territory. In that regard, we have been pleased to participate in the work of the advisory committee on minority francophone communities, which was created by the Federal Health Department in April 2000. The committee presented the minister with a report in September 2001, that is, one year ago. It was an excellent report which must not be shelved. The report could be an excellent plan of action. It was supported by the "Santé en français" forum, which brought together over 250 participants to Moncton in November 2001. But now it is time for action.

Governments can work together to improve health care in minority francophone areas. The education sector can show us the way and serve as an example. After the first Official Languages Act was adopted, it was the intent of the federal government to provide equal access to education in French or

Parmi les 58 régions retenues pour l'étude, moins de 25 p. 100 ont accès partiellement ou totalement à des services de santé en français. Si certaines régions s'en sortent mieux que d'autres, il y a des besoins partout. Un francophone a de 3 à 7 fois plus de chances de ne pas avoir accès à des services de santé dans sa langue qu'un anglophone de la même région. Si la Constitution et la Charte canadienne des droits et libertés nous garantissent le droit d'être éduqués en français, si la Cour suprême nous garantit le droit d'obtenir justice en français, il va sans dire que nous devrions également avoir le droit de naître, d'être soignés et de mourir en français. C'est une question de dignité fondamentale. C'est aussi une question de simple équité. La qualité des soins implique nécessairement une bonne communication entre le client, le médecin ou le professionnel. Lorsqu'un Canadien français doit s'exprimer en anglais pour se faire soigner, il obtient des soins de qualité inférieure à ceux offerts à la population du pays. Il est inacceptable que l'on oblige nos francophones, dans leur plus grand moment de vulnérabilité, à obtenir des services de santé dans une langue qui n'est pas la leur.

Comment peut-on aider une jeune femme aux prises avec l'anorexie lorsqu'on lui répond: «I am sorry, I do not speak French»? Comment peut-on aider un enfant qui a des difficultés à s'exprimer lorsqu'on lui répond: «I am sorry, I do not speak French»? Comment peut-on aider un homme ou une femme de 50 ans qui doit choisir entre différentes options de traitement pour son cancer lorsqu'on lui répond également: «I am sorry, I do not speak French»? Comment peut-on aider une personne âgée ayant besoin de soins à domicile lorsqu'on lui répond aussi: «I am sorry, I do not speak French»? Personne n'offre de l'aide lorsqu'elle dit cette phrase: «I am sorry...». Vous savez très bien que lorsque quelqu'un commence une phrase par ces mots, c'est qu'il vous refuse quelque chose. Les francophones le savent aussi.

Pour la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada, les soins de santé sont un dossier de première importance, un service essentiel dont est présentement privée plus de la moitié de la population francophone qui vit dans des régions où le français n'est pas la langue de la majorité. Bien que les communautés francophones en situation minoritaire disposent parfois de services de santé en français, grâce aux efforts qu'ont déployés plusieurs administrations, des améliorations quant à l'accès à ces services sont possibles dans toutes les provinces et tous les territoires. À cet égard, nous avons été heureux de collaborer aux travaux du Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire mis sur pied par le ministre fédéral de la Santé en avril 2000. Ce comité a remis un rapport au ministre en septembre 2001, soit il y a un an. Le travail réalisé par ce comité est exemplaire, mais il ne faut pas que ce rapport demeure sur les tablettes. Ce rapport constitue un excellent plan d'action. Son contenu a été entériné par le forum «Santé en français», qui a réuni plus de 250 personnes à Moncton en novembre 2001. Il est maintenant temps de passer à l'action.

Les gouvernements peuvent oeuvrer ensemble à l'amélioration des soins de santé en français en milieu minoritaire. Le secteur de l'éducation nous montre la voie et trace l'exemple. Suite à l'adoption de la première Loi sur les langues officielles, le gouvernement fédéral a voulu contribuer à l'égalité d'accès à

English for minority language groups and so it created a program supporting official languages in education. Under this program, both levels of government work together to help the provinces and territories pay for the costs associated with minority language education. Today, several governments are aware of the necessity of providing health care services in French to their minorities and they are willing to work with the federal government to achieve this goal. Mr. Robichaud, the New Brunswick Minister for Health and Wellness, wrote us and said:

We count on continued collaboration with Health Canada with regard to improving health care services in French in minority situations.

Mr. Greg Selinger, the Manitoba Minister responsible for French Language Services, is just as clear.

The development and implementation of strategies to move the issue forward and to provide health care services in French must be carried out in cooperation with provincial and territorial governments and their francophone communities. The support of the federal government is crucial and it has an important role to play. The federal government has the means to help the provinces and territories which are ready to take action.

In the long term, it will be important to consolidate past and future gains. We should not have to fight battles that are costly in terms of human energy and money, as we had to recently in Eastern Ontario and New Brunswick to obtain or maintain health care services in either official language.

That is why we are also asking you to recommend adding a sixth principle to the Canada Health Act recognizing that the governments have an obligation to offer health services in both official languages of this country, as they do for education. We would ask you to work in that direction to ensure that the Canadian health system reflects one of the fundamental values of our country: the existence of two official language communities. Offering health services only in English to francophones, as is presently done in most areas of this country, goes against the fundamental rights of over one million Canadian men and women. It also runs counter to common sense. Providing health services to francophones in English is inefficient and costly. We would ask you to take that into account when you make your recommendations to the Canadian government. We thank you for your attention and we are ready to answer your questions.

The Acting Chairman: Before turning to my colleagues for questions, I would like to remind you that simultaneous interpretation is available.

Senator Pépin: Senator Losier-Cool and I went to the meeting of francophone parliamentarians from outside of Quebec that took place in Nova Scotia this weekend and, of course, one of the matters raised was that of health services in French.

une éducation en français et en anglais pour les minorités linguistiques en mettant en place un programme d'appui aux langues officielles dans l'enseignement. Il s'agit d'un programme où les deux paliers de gouvernement agissent en partenaires afin de permettre aux provinces et aux territoires d'assumer les coûts de l'enseignement de la langue de la minorité. Aujourd'hui, plusieurs gouvernements sont conscients de la nécessité d'offrir des services de santé en français à leur minorité et ils sont prêts à collaborer avec le gouvernement fédéral pour ce faire. M. Robichaud, ministre de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, nous écrit:

Nous anticipons une collaboration continue avec Santé Canada en ce qui a trait à l'amélioration des services de santé en français en milieu minoritaire.

M. Greg Selinger, ministre responsable des Services en langue française du Manitoba, est aussi explicite.

Je suis d'accord que l'élaboration de la mise en oeuvre des stratégies de l'acheminement du dossier et de la prestation des services de santé en français doivent se faire en collaboration entre les gouvernements provinciaux et territoriaux et leur communauté d'expression française. L'appui du gouvernement fédéral est essentiel et il a donc un rôle important à jouer. Les moyens qu'il a à sa disposition lui permettent d'appuyer les provinces et les territoires qui sont prêts à passer à l'action.

   plus long terme, il importe de garantir les acquis actuels et ceux qui suivront. Nous ne devrions pas avoir à mener des batailles coûteuses en énergie humaine et en argent, comme nous avons dû le faire récemment dans l'Est ontarien et au Nouveau-Brunswick pour obtenir ou conserver des services de santé dans l'une des deux langues officielles du pays.

C'est pourquoi nous vous demandons aussi de recommander l'ajout d'un sixième principe à la Loi canadienne sur la santé qui reconnaîtrait l'obligation pour les gouvernements d'offrir des services de santé dans les deux langues officielles du pays, comme cela se fait pour l'  ducation. Nous vous convions    oeuvrer dans le même sens afin d'assurer que le système de santé canadien reflète l'une des valeurs fondamentales de notre pays: l'existence de deux communautés de langues officielles. Offrir des services de santé uniquement en anglais aux francophones, comme on le fait actuellement dans la plupart des régions du pays, va à l'encontre des droits fondamentaux de plus de 1 million de Canadiens et de Canadiennes. Cela va également à l'encontre du bon sens. Soigner les francophones en anglais s'avère inefficace et coûteux. Nous vous invitons à en prendre compte lorsque vous ferez des recommandations au gouvernement canadien. Nous vous remercions de votre attention et nous sommes prêts à répondre à vos questions.

Le président suppléant: Avant d'inviter mes collègues à vous poser des questions, je vous rappelle que la traduction simultanée est disponible.

Le sénateur Pépin: Le sénateur Losier-Cool et moi avons assisté à la réunion des parlementaires francophones hors Québec qui a eu lieu en Nouvelle-  cosse cette fin de semaine et, évidemment, l'un des sujets soulevés fut les soins de santé en français.

One of the witnesses mentioned the lack of reliable data on the state of health of francophones. That does complicate things enormously and we cannot use it as a referral. Why this lack of data? Was anything done with the research institutions to ask them to undertake reliable research in that area? Which of Canada's research institutions have been sensitized to this matter?

Mr. Gour: I would be surprised if they are not sensitized. However, some factors are recognized, like the cultural one, that come into play with regard to the male and female sexes. There are risk factors and determining factors for health. Culture, general beliefs and food habits all play a role. However, we firmly believe that francophones have their own peculiarities in those areas. For example, Health Canada wants to come up with programs focusing on specific populations at risk. There should be more data available. We think that is Health Canada's responsibility. Concerning research institutions, generally you are talking about specific projects. Francophones don't have any infrastructure in the health sector and do not have any money to contribute to research initiatives. There is just about nothing, specifically speaking, concerning francophones in a minority situation. We think this must have a major influence on health parameters, especially when it comes to lack of services in our own language. How does that affect the situation? It means that francophones get poor quality health services, but we do not have any other data in that area.

Ms Friolet: I can speak for my province. The federal government undertook an initiative, those \$8 million for minority communities. The provincial government got in touch with us and told us that if we wanted to access those funds, we had to come up with something about health determinants. So was it the egg before the chicken or the chicken before the egg?

As the government never collected any data on the fact that there are no services provided in French, no question was ever asked about the problems this might represent for the francophone communities. We have \$8 million and that is rather interesting. Before accessing that money, we have to undertake a study. Do you think that the provincial government will give us the money to undertake that study? Of course not. Will the federal government do it? No, that is not part of the program. The initiative put in place by Mr. Rock, the advisory committee that was set up, was supposed to take care of that problem. The research undertaken by the association came to the conclusion that there is very little data on the health of francophones. How can one participate in prevention programs, et cetera?

Mr. Rioux: That is in the recommendations.

Senator Pépin: I would like us to discuss training in French for doctors and nurses. At Sherbrooke University and in New Brunswick there are centres for teaching and training periods and at Ottawa University, they have training in health

Un des témoins a mentionné le manque de données fiables sur l'état de santé des francophones. Cela complique énormément les choses et nous ne pouvons pas nous y référer. Quelle est la raison de ce manque de données? Des démarches ont-elles été entreprises avec les instituts de recherche afin de leur demander d'effectuer des recherches fiables dans ce domaine? Parmi les instituts de recherche du Canada, certains ont-ils été sensibilisés à cet égard?

M. Gour: Cela me surprendrait qu'ils n'y aient pas été sensibilisés. On reconnaît toutefois certains facteurs, dont le facteur culturel, qui jouent sur le plan des sexes masculin et féminin. Il y a des facteurs de risques et des facteurs déterminants pour la santé. Le domaine culturel, les croyances générales et les habitudes alimentaires jouent un rôle. Pourtant, nous croyons fermement que les francophones ont des particularités sur ce plan. Par exemple, Santé Canada veut élaborer des programmes visant des populations spécifiques à risque. Il devrait y avoir plus de données disponibles. Nous estimons qu'il en est de la responsabilité de Santé Canada. Sur le plan des instituts de recherche, on parle en général de projets quelconques. Les francophones n'ont pas d'infrastructure dans le secteur de la santé et n'ont pas de sous pour contribuer à des initiatives de recherche. Il n'existe à peu près rien, spécifiquement, par rapport aux francophones en situation minoritaire. Nous croyons qu'il doit y avoir des influences importantes sur les déterminants de la santé à cause de ces situations, surtout en ce qui concerne le manque de services dans notre langue. En quoi cela affecte-t-il la situation? Cela signifie des soins de santé de piètre qualité pour les francophones, mais nous ne disposons pas d'autres données sur ce plan.

Mme Friolet: Je peux parler pour ma province. Le gouvernement fédéral a lancé une initiative, soit les fameux 8 millions de dollars pour les communautés minoritaires. Le gouvernement provincial nous a contactés et nous a dit que si nous voulons avoir accès à ces fonds, nous devons parler de déterminants de la santé. Est-ce l'oeuf avant la poule ou la poule avant l'oeuf?

Comme le gouvernement n'a amassé aucune donnée sur le fait qu'il n'y a pas de services en français, il ne s'est jamais posé de questions sur les problèmes que pourraient éprouver les communautés francophones. On se retrouve avec 8 millions de dollars, ce qui est quand même intéressant. Avant d'avoir accès à cet argent, nous devons effectuer une étude. Croyez-vous que le gouvernement provincial nous donnera des fonds pour effectuer cette étude? Non. Le gouvernement fédéral le fera-t-il? Non, cela ne fait pas partie de son programme. L'initiative mise en place par M. Rock, la mise sur pied du comité consultatif, voulait pallier ce problème. La recherche que l'association a faite concluait qu'il existait très peu de données sur la santé des francophones. Comment participer aux programmes de prévention, et cetera?

M. Rioux: Cela figure dans les recommandations.

Le sénateur Pépin: J'aimerais que nous discutons de la formation en français des médecins et des infirmières. À l'Université de Sherbrooke au Nouveau-Brunswick, il existe un centre pour l'enseignement et les stages et à l'Université d'Ottawa,

sciences. Do you think that there are other establishments in Canada that would have the capability or the infrastructure that is needed to welcome francophones and train doctors, nurses, social workers and so on?

The Acting Chairman: Senator Pépin, I would remind you that tomorrow morning we will be hearing from people from our colleges and universities.

Senator Pépin: Which leads me to my second question. I do not think it is necessary that they be university people, we need people working in the field. How can we encourage our regional youth to get educated in French and then to go back home to their own regions to work where they came from?

The Acting Chairman: Senator Pépin raises an extremely important point. We have to encourage young francophones to seek careers in the health field. You know that the First Nations made major efforts and that quotas were established in faculties of medicine and major efforts are being made in their communities to recruit young people to become health professionals. Finally, if the young people do not choose those professions, you can ask for health care all you want, you will not have anyone to dispense it. I think that recruiting youth and the interest that young francophones must show for the health professions are an important solution. That is what Senator Pépin has just pointed out. It has nothing to do with the teaching institutions themselves and everything to do with the communities. How can you encourage the young francophones to consider those professions?

Mr. d'Entremont: If you go by Nova Scotia's example, Chéticamp and l'île Madame in part, two areas in Cape Breton, you have to realize that in Chéticamp, if you are going to get them out, you have to do it when it is nice out because it is really an isolated area. As they are an hour and a half from Sidney and six hours from Halifax by road, the community grabbed its own boot straps and decided that in order to do something and succeed, you had to do it step by step. You have to get your patients to the family unit of professionals and family doctors. If I take the community where I live right now, we have three doctors for over 6,000 people. They are saying: "I do not have a life anymore" and the first thing they do shortly after they have shown up is to pack their bags again. It is not a very attractive place to come to: the three doctors do not want to work together. They are working out of three offices within a half kilometre area while in the other areas the health services were available and in that case the community offered them a centre. Is that a model that should be followed everywhere? It is up to the witnesses to speak. You have both extremes.

But the problem still remains training. Senator Pépin and Senator Morin talked about encouraging our youth to take up those professions. I mentioned Chéticamp before and that is an isolated area in Nova Scotia, but Nova Scotia is actually isolated in relation to some of the larger centres where training is offered in French. The answer seems to lie in the use of technology. We are happy to say that Sainte-Anne University in Nova Scotia is

il y a la formation en sciences de la santé. Pensez-vous qu'il existe d'autres établissements au Canada qui auraient les capacités ou les infrastructures nécessaires pour accueillir des francophones et former des médecins, infirmières, travailleurs sociaux, et cetera?

Le président suppléant: Sénateur Pépin, je vous rappelle que demain matin nous recevrons des intervenants des milieux universitaire et collégial.

Le sénateur Pépin: Cela m'amène à ma deuxième question. Je ne pense pas qu'il soit nécessaire que ce soit des universitaires, il faut des gens qui travaillent sur le terrain. Comment encourager les jeunes des régions à recevoir une éducation en français afin qu'ils puissent retourner chez eux, dans leur région, pour y travailler?

Le président suppléant: Le sénateur Pépin soulève un point extrêmement important. C'est tout de même inciter les jeunes francophones à se destiner à des carrières dans le domaine de la santé. Vous savez que les Premières nations ont fait des efforts importants et que des quotas ont été établis dans les facultés de médecine, des efforts importants sont accomplis auprès des communautés pour recruter des jeunes pour les professions de la santé. Finalement, si les jeunes ne se destinent pas à ces professions, on a beau demander des soins de santé, il n'y aura personne pour les dispenser. Je pense que le recrutement des jeunes et l'intérêt que les jeunes francophones doivent manifester à l'égard des professions dans le domaine de la santé constituent une solution importante. C'est ce que le sénateur Pépin vient de souligner. Cela n'a rien à voir avec les institutions d'enseignement, mais avec les communautés. Comment favoriser le recrutement pour ces professions chez les jeunes francophones?

M. d'Entremont: Si l'on prend l'exemple de la Nouvelle-Écosse, soit celui de Chéticamp et celui de l'île Madame en partie, deux régions du Cap-Breton, il faut réaliser qu'à Chéticamp, si on va les sortir, il faut le faire quand il fait beau, car c'est une région vraiment isolée. Étant éloignée, à une heure et demie de route de Sydney et à six heures de Halifax, la communauté s'est prise en main et a décidé que, pour le faire et pour réussir, il fallait le faire petit à petit. Il faut amener les patients à l'unité familiale de professionnels et de médecins de famille. Si je les amène dans la communauté où j'habite actuellement, il y a trois médecins pour plus de 6 000 personnes. Ils disent: «Je n'ai plus de vie», et la première chose qu'ils font peu après, c'est de faire leur valise. Ce n'est pas attrayant d'arriver là: les trois médecins ne veulent pas travailler ensemble. Ils sont dans trois bureaux à l'intérieur d'un demi-kilomètre, tandis que dans les autres régions, les services de santé étaient disponibles et que dans ces cas-là, la communauté leur a offert un centre. Est-ce un modèle à suivre partout? C'est aux autres témoins de s'exprimer. Il y a les deux extrêmes.

Le problème est quand même la formation. Le sénateur Pépin et le sénateur Morin ont parlé d'encourager les jeunes à se destiner à ces professions. J'ai parlé plus tôt de Chéticamp qui est isolé en Nouvelle-Écosse, mais la Nouvelle-Écosse est quand même isolée de certains des plus grands centres de formation en français. La réponse semble se situer du côté de l'utilisation des technologies. Nous sommes heureux de dire que l'Université Sainte-Anne, en

part of the training group. Who is going to recruit? It is up to our community to take care of that and encourage others to do it also. Where it is done, it seems to work.

The Acting Chairman: I am a bit surprised to see that despite the fact that you are the third largest community, you are one of the rare provinces that has no post-secondary education institution in the area of health sciences like Nova Scotia, Alberta, Manitoba, New Brunswick and Ontario. You say that you are the third province in terms of the number of francophones and you have nowhere to train francophones, and that is something I find astonishing.

Ms Friolet: We owe that to history. You have to take Canadian history into account. In Alberta, you have the Collège Saint-Jean that the religious communities left to us when they retired.

When B.C. entered Confederation, we francophones did not have the right to exercise our religion, that was not part of the agreement so schools were always public. Our language was not recognized like it was in the other provinces. This situation is explained through very British immigration. That is a historical fact.

There is a project about this in Mr. Dion's action plan. We are probably the last province in the country that got access to its own school board and that happened in 1996. We had to fight for 25 years and we went to all the courts in the country to get that right recognized under the Constitution but we are catching up quickly enough.

To answer Senator Pépin's question, I think the advisory committee proposed a solution, the five levers, and it is that you cannot do any training without doing any informing. Those five initiatives have to go together hand in hand. That is why we need funds and major commitments. I do not think that we are facing problems any different than those faced by the anglophone community. The anglophones have as many problems convincing people to go and work in their outlying areas and work hard there. It is the same thing. To convince our community or the people in our communities to take up those health services professions, they have to be promoted. Maybe we have given too much encouragement to more liberal professions like teaching or law. We have to offer encouragement for professionals in the health services. At the same time, we have to set up a health consortium with the universities. We also need places to welcome these people. If we do not have any facilities to welcome those health professionals, you can have all the trained people you want, it will not do you any good. You need to have an exchange and we have to use technology.

I was very satisfied when I read the advisory committee's report because its solution made me think of the cogs in a wheel. All this meshes together, and all that is needed is to get

Nouvelle-Écosse, fait partie du groupe pour la formation. Qui va faire le recrutement? C'est à notre communauté de s'en occuper et d'encourager les autres à le faire. Là où on le fait, cela semble réussir.

Le président suppléant: Je suis un peu surpris de constater que, malgré le fait que vous soyez la troisième communauté en importance, vous êtes l'une des rares provinces à ne pas avoir d'institution d'enseignement postsecondaire dans le domaine des sciences de la santé comme la Nouvelle-Écosse, l'Alberta, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et l'Ontario. Vous nous annoncez que vous êtes la troisième province au point de vue du nombre de francophones et vous ne disposez d'aucun lieu de formation pour les francophones, cela me paraît étonnant.

Mme Friolet: On doit cela à l'histoire. Il faut prendre en compte l'histoire du Canada. En Alberta, il y a le Collège Saint-Jean, qui vient des communautés religieuses. Quand ces gens ont pris leur retraite, ils ont laissé une institution.

Quand la Colombie-Britannique est entrée dans la Confédération, nous, francophones, n'avions pas droit à notre religion, cela ne faisait pas partie de l'entente, donc l'école a toujours été publique. La reconnaissance de la langue ne s'est pas faite comme dans les autres provinces. Cette situation s'explique par une immigration très britannique. C'est un fait historique.

Il y a un projet à cet égard dans le du plan d'action de M. Dion. Nous sommes peut-être la dernière province au pays à avoir obtenu l'accès à un conseil scolaire, en 1996. Nous avons dû nous battre pendant 25 ans, nous sommes intervenus auprès de toutes les cours du pays pour obtenir ce droit reconnu par la Constitution, mais nous nous rattrapons assez vite.

Pour répondre à la question du sénateur Pépin, je pense que ce que le comité consultatif a amené comme solution, quand on parle des cinq leviers, c'est qu'on ne pourra pas faire de la formation sans faire de l'information. Ces cinq initiatives doivent marcher de front. C'est la raison pour laquelle il faut des fonds et un engagement importants. Je ne pense pas que nous faisons face à des difficultés différentes de celles vécues par la communauté anglophone. Les anglophones ont autant de difficulté à convaincre les gens d'aller exercer leur métier dans les régions éloignées et à travailler fort. C'est la même chose. Pour convaincre notre communauté ou les gens dans nos communautés de se diriger vers les professions du domaine de la santé, il faut en faire la promotion. Peut-être en a-t-on trop fait pour envoyer les gens dans des professions plus libérales comme l'enseignement ou le droit. Il faut faire de la promotion pour aller chercher des professionnels dans le domaine de la santé. Il faut le faire en même temps que nous formons un consortium de la santé avec les universités. Il faut aussi disposer de lieux d'accueil. Si on n'a pas de lieux d'accueil pour ces professionnels de la santé, on aura beau avoir des gens formés dans ce domaine, cela ne servira à rien. Cela prend un échange et il faut utiliser la technologie.

J'étais très satisfaite quand j'ai lu le rapport du comité consultatif parce que ce qu'il amenait comme solution, c'était comme les dents dans une roue. Tout cela s'intègre et il ne reste

government support, not necessarily new funds, but the funds have to be put to better use and we have to use what is already set up for training or setting up networks, and so on.

Mr. Gour: For example, in Ontario there has been a consolidation of the specialists in the area of health and community social services. This organization got funds to promote this sort of thing in grade schools and high schools to attract more people to the health services area. Take the example of a francophone doctor in Hamilton. Francophones there represent 2 per cent of the population. If the doctor sets up a practice he will be serving only 4 per cent of the francophone population so it is reasonable to think that 4 per cent of his patients will be francophone. So he spends 96 per cent of his time working with English-speaking patients. Yes, there is a deficit, we should not deny it. There is also underutilization in some cases. Why? Because there is no francophone infrastructure.

At the Montfort Hospital, for example, all the staff is francophone. Is that the case with the Hôpital Général? Why did Montfort recruit its doctors and bilingual staff or francophone staff and why do other hospitals have so many problems? I am not giving you the worst case, that is the best bilingual institution in Ontario. Let me give you the example of the five community health centres, the community health francophone institutions. They found francophone doctors while the hospital next door mentions that "it is practically impossible, there is such a lack of professional..." So they import them from South Africa. I am told that in B.C., up north, a major proportion of doctors was imported from South Africa because they are having problems over there.

Five or six years ago, I met a French psychiatrist. In order to get a visa, she had to swear she would never seek to practice in French in Canada. There is such a need for mental health professionals. There are accessibility problems. We cannot just think about training from scratch. We also have to think about importing trained personnel.

If only we could attract Quebecers to francophone institutions! Unilingual francophone Quebec doctors are not hired by our bilingual Ontario hospitals. The Montfort and francophone community clinics hire them, no problem. We are going to do some recruiting there. Whereas others say:

[English]

We only have 5 or 6 per cent of the population. It would be nice if they were bilingual, but we have such a good, qualified person from South Africa.

plus qu'à obtenir l'appui du gouvernement et pas nécessairement de nouveaux fonds, mais une meilleure utilisation de ces derniers et profiter de ce qu'il y a sur place à ce moment-là pour la formation ou la mise en place de réseaux, et cetera.

M. Gour: Par exemple, nous avons en Ontario un regroupement des intervenants et intervenantes dans le domaine de la santé et des services sociaux communautaires. C'est un organisme qui a décroché des fonds pour faire la promotion dans les écoles primaires et secondaires pour attirer plus de personnes dans le domaine de la santé. Prenons l'exemple d'un médecin francophone à Hamilton. Les francophones y représentent 2 p. 100 de la population. Si le médecin y établit sa pratique, il servira seulement 4 p. 100 des francophones de la population, il est donc raisonnable de penser que 4 p. 100 de ses patients seront francophones. Il passe donc 96 p. 100 de son temps à travailler auprès de sa clientèle anglophone. Oui, il y a une pénurie, il ne faut pas le nier. Il y a aussi une sous-utilisation dans certains cas. Pourquoi? Parce qu'il n'y a pas d'infrastructure francophone.

Pourtant à l'Hôpital Montfort, par exemple, tout le personnel est francophone. À l'Hôpital Général, est-ce le cas? Pourquoi l'hôpital Montfort a-t-il recruté des médecins et un personnel bilingue ou francophone et qu'il y a tant de difficultés dans d'autres hôpitaux? Je ne vous cite pas la pire, c'est la meilleure institution bilingue en Ontario. Je vous donne l'exemple des cinq centres de santé communautaire, des institutions francophones de santé communautaire. Ils ont trouvé des médecins francophones, alors que l'hôpital à côté mentionne que «it is practically impossible, there is such a lack of professional...». On les importe de l'Afrique du Sud. On me dit qu'en Colombie-Britannique, dans le nord, une importante proportion des médecins a été importée de l'Afrique du Sud parce qu'il y a des problèmes là-bas.

Il y a 5 ou 6 ans, j'ai rencontré une psychiatre française. Pour qu'elle puisse obtenir un visa elle avait dû jurer que jamais elle ne demanderait de pratiquer en français au Canada. On a tellement besoin de professionnels en santé mentale. Il y a des problèmes d'accessibilité. Il ne faut pas seulement penser à la formation à partir de zéro. Il faut penser aussi à importer du personnel formé.

Si seulement on pouvait attirer des Québécois dans les institutions francophones! On n'embauche pas de médecins québécois unilingues francophones dans nos hôpitaux bilingues de l'Ontario. À Montfort, oui, pas de problème; dans nos cliniques communautaires francophones, pas de problème. Nous irons faire du recrutement là-bas. Alors que les autres disent:

[Traduction]

Nous n'avons que 5 ou 6 p. 100 de la population. Ce serait splendide si ces personnes étaient bilingues, mais nous avons une excellente personne compétente d'Afrique du Sud.

[Translation]

You see the problem? These five mechanisms have to work together. There are professionals. They can be found. People need to see to it and to be convinced that we need francophone infrastructures to make those hiring decisions. That is absolutely essential.

Mr. Rioux: I will not repeat what the others have just said. We also have to look at our priorities. It was said that our situation still requires research, and I think that is very important. Mr. Hubert Gauthier, who is now on the board of directors of the institute, has in fact just done that research. It is upsetting, because when you start looking at the statistics, when you do the research, you find — I am talking about New Brunswick — more police officers per capita are required than doctors. That is a reflection of our priorities. When you need one police officer for every 600 people and one doctor for every 900 —

The Acting Chairman: That means there are more criminals than sick people.

Mr. Rioux: You don't know who is going to treat whom. Take New Brunswick, for example. Access to medical schools is limited, and in New Brunswick, when you look at the number of francophones who have access to Quebec universities for training in any given year, it is 25 students. It just went up. It was 20 before, and just went up to 25. For anglophones, the province reserved 40 spots. Out of the 25 spots per year, 70 to 85 per cent of doctors returned to work in New Brunswick. For anglophones, it is under 50 per cent. Why? Because anglophones can go all over the place for their internship. They set up practice wherever they do their internships. In New Brunswick, they are required to come back to do their internships in francophone hospitals, where they may get jobs subsequently.

Senator Pépin: When they come to do their training, you require from the start that they come back to you.

Mr. Rioux: That is one of the reasons why, when the new legislation on regional boards and official languages in New Brunswick was passed, we were against the Georges Dumont retaining its francophone status. It is the perfect hospital for internships for students who go to Quebec to study.

The Acting Chairman: You are talking about the 25 spots for admission to medical school?

Mr. Rioux: Yes.

The Acting Chairman: Are you saying there are proportionately many more applications by francophones than anglophones?

Mr. Rioux: There are more applications than the 25 spots reserved.

The Acting Chairman: All medical schools receive more applications. Do you think the access rate is higher for anglophones than francophones?

[Français]

Voyez-vous le problème? Il faut que ces cinq leviers travaillent de concert. Il y a des professionnels. On peut en trouver. Il faut y voir et être convaincu qu'il nous faut des infrastructures francophones qui prendront les décisions quant à l'embauche. C'est absolument essentiel.

M. Rioux: Je ne répéterai pas ce que les autres viennent de dire. Il reste aussi à voir où sont nos priorités. Lorsqu'on disait que la recherche reste à faire en ce qui concerne notre situation, je pense que c'est très important. M. Hubert Gauthier qui fait maintenant partie du conseil d'administration de l'institut, qui justement effectuer cette recherche. C'est énervant car lorsqu'on commence à regarder les statistiques, lorsqu'on effectue la recherche, on s'aperçoit — je parle pour le Nouveau-Brunswick — que l'on exige plus de policiers per capita que de médecins. Cela dépend de nos priorités. Quand on a besoin d'un policier pour 600 habitants et d'un médecin pour 900...

Le président suppléant: Cela signifie qu'on a plus de criminels que de malades.

M. Rioux: On ne sait pas qui va faire soigner qui. Je donne l'exemple du Nouveau-Brunswick. L'accès aux écoles de formation est limité et au Nouveau-Brunswick, lorsqu'on regarde le nombre de francophones qui ont accès aux universités québécoises pour la formation durant une année, c'est 25 étudiants. Cela vient d'augmenter. C'était 20 avant, cela vient d'augmenter à 25. Pour les anglophones, la province réserve 40 places. Reste que sur les 25 places par année, 70 à 85 p.100 des médecins retournent travailler au Nouveau-Brunswick. Chez les anglophones, c'est moins de 50 p.100. Pourquoi? Parce que les anglophones peuvent aller faire des stages partout. Ils s'installent où ils vont faire leur stage. Au Nouveau-Brunswick, on exige qu'ils reviennent faire leurs stages dans les hôpitaux francophones où ils ont la chance d'obtenir des emplois par la suite.

Le sénateur Pépin: Quand ils viennent faire leur formation, vous exigez au départ qu'ils reviennent chez vous.

M. Rioux: C'est une des raisons pour lesquelles nous nous sommes opposés, lors de l'adoption de la nouvelle loi sur les régies régionales et de celle sur les langues officielles au Nouveau-Brunswick, à ce que Georges Dumont maintienne son caractère francophone. C'est l'hôpital par excellence pour les stages des étudiants qui vont faire des études au Québec.

Le président suppléant: Vous faites référence aux 25 postes d'entrée dans les facultés de médecine?

M. Rioux: Oui.

Le président suppléant: Est-ce que vous nous dites qu'il y a beaucoup plus de demandes proportionnellement de la part de francophones que d'anglophones?

M. Rioux: Il y a plus de demandes que les 25 places accordées.

Le président suppléant: Toutes les facultés de médecine reçoivent plus de demandes. Avez-vous l'impression que le taux d'accès est plus grand du côté anglophone que francophone?

Mr. Rioux: The province reserves more spots.

The Acting Chairman: You make up about 50 per cent of the population.

Mr. Rioux: Thirty-four per cent.

The Acting Chairman: Does that correspond to 50 and 25? Is that fair based on population?

Mr. Rioux: But those students can go and study at other universities. Those are spots that the province reserves, but the student can go to the Université de Montréal, Sherbrooke or Laval.

The Acting Chairman: The reason I ask that question is that tomorrow, we will be meeting university representatives. Do you feel that access to medical school is tougher for francophone Acadians than for anglophones from the Maritimes? If that is true and you can back that statement up with figures, that is something our committee could deal with. Of course, there are always more applications. There is not a medical school in the world that does not turn down some students. Is it worse for francophones? If so, I think that that is an important recommendation the committee should make.

Mr. Rioux: Yes, that is the case, because we have fewer francophone doctors per capita than anglophones, and Dr. Schofield can say more about that tomorrow. He has all the figures and will be able to explain them to you.

Senator Losier-Cool: I would like to thank the Standing Senate Committee on Social Affairs, who saw fit to hear from the witnesses. I would like to thank Dr. Keon and Senator Pépin. I would like to think that by the end of the day tomorrow, other members of the Standing Committee will join us to hear the witnesses and representatives from different provinces.

That said, I would like to welcome you. Mr. Rioux, I really liked it when you said that 84 per cent of francophone communities have no mental health services in French; that made us all smile. I have in mind a song by la Bolduc, an Acadian, called Lorraine Diotte. She sang a song years ago, saying she could not understand how it was that in psychiatric hospitals, the crazy person could speak English, but the psychologists or psychiatrists, with all their training, were never able to understand the other language. That is why there are not more mental health services in New Brunswick. The crazy people learn to speak English. That was how the song went.

I have a specific question for Ms Friolet. Then I will come back to one of the recommendations supported by the four witnesses on the creation of a program similar to the official languages program.

Ms Friolet, did you actually say that the Official Languages Act has not helped B.C. francophones?

Ms Friolet: That is not what I said.

M. Rioux: La province réserve davantage de places.

Le président suppléant: Vous avez à peu près 50 p. 100 de la population.

M. Rioux: Trente-quatre pour cent.

Le président suppléant: Est-ce que cela correspond à 50 et 25? Est-ce juste pour la population?

M. Rioux: Par contre, les étudiants peuvent étudier dans d'autres universités. Ce sont des places que la province réserve, mais l'étudiant peut aller à l'Université de Montréal, à Sherbrooke ou à Laval.

Le président suppléant: La raison pour laquelle je pose cette question, c'est que demain, nous allons rencontrer les représentants des universités. Est-ce que vous avez l'impression que l'accès pour les francophones acadiens est plus difficile que pour les anglophones des Maritimes dans les facultés de médecine? Si c'est la réalité et que vous pouvez étayer cette affirmation par des chiffres, c'est un point sur lequel notre comité pourrait se pencher. Il est certain qu'il y a toujours plus de demandes. Il n'y a pas une faculté de médecine au monde qui ne refuse pas des étudiants. Est-ce plus sérieux du côté francophone? Si c'est le cas, je pense que c'est une recommandation importante que le comité devra formuler.

M. Rioux: Oui, c'est le cas, parce qu'on a moins de médecins francophones per capita que chez les anglophones et le docteur Schofield pourra vous en dire plus long demain. Il a tous les chiffres et il pourra vous les expliquer.

Le sénateur Losier-Cool: Je remercie le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, qui a jugé bon de recevoir les témoins. Je remercie le docteur Keon et le sénateur Pépin. J'ose croire que d'ici la fin de la journée demain, d'autres membres permanents du comité se joindront à nous pour entendre les témoins et les représentants des différentes provinces.

Ceci étant dit, je vous souhaite la bienvenue. Monsieur Rioux, j'ai bien aimé quand vous avez dit que 84 p.100 des communautés francophones ne bénéficient d'aucun service en santé mentale en français, cela nous a tous fait sourire. J'ai en mémoire une chanson de la Bolduc acadienne, qui s'appelait Lorraine Diotte. Elle chantait, il y a plusieurs années, une chanson qui voulait dire qu'elle ne comprenait pas comment, dans les hôpitaux psychiatriques, le fou pouvait en parler en anglais, mais le psychologue ou le psychiatre, qui avait toute la formation, n'avait jamais été capable d'apprendre la deuxième langue. C'est pour cela qu'il n'y a pas plus de services en santé mentale au Nouveau-Brunswick. Les fous apprennent à parler anglais. C'était la chanson.

J'ai une question précise pour Mme Friolet. Je reviendrai ensuite avec une des recommandations appuyée par les quatre témoins au sujet de la création d'un programme semblable à celui des langues officielles.

Madame Friolet, est-ce que vous bien avez dit que la Loi sur les langues officielles n'a pas aidé les francophones de la Colombie-Britannique?

Mme Friolet: Ce n'est pas ce que j'ai dit.

Senator Losier-Cool: That is why I asked for clarification.

Ms Friolet: I was trying to respond to Senator Morin, who was asking why, unlike the other provinces, we did not have any post-secondary educational institutions, for example. In B.C., it took the Declaration of Official Languages and the Charter of Rights and Freedoms before we could demand French schooling.

Senator Losier-Cool: I just wanted some clarification. I would like to come back to the creation of a program like yours. Such a program would probably involve some costs. Has the SCFA thought about how a program like that might be funded? Would such a program be the responsibility of a department, Treasury Board or official languages? The issue of provincial interference would come up in the application of such a program, given the experience with official language programs in education, especially in Nova Scotia. I am in agreement with the idea and the principle, but how could we recommend this program as being applicable?

Mr. Rioux: As far as interference is concerned, health, like education, comes under provincial jurisdiction. If an educational program like that was set up, the same should be possible for health. We should in fact be able to do it even better for health, because we can go by our successful and unsuccessful experiences with education.

Accountability for the money the provinces get should be even greater for health than for education. For example, we will not have to go to court to justify the monies going directly to the provinces for francophone minority communities rather than coming from an overall budget. Those are things that could be corrected.

Money is always the sinew of war. Still, significant amounts will have to be invested in the beginning to start up the system. However, it will be on a continuous basis thereafter. In the education sector, the fact that we have both francophone and anglophone minorities does not mean that we are assessing the costs. Bilingualism is for us a fundamental value of Canada and that is the price that we have to pay.

Clearly, health care is expensive. However, it has been pointed out in various studies and commissions, such as the Romanow Commission or Senator Kirby's study, that the same amount of money could be better used if we had a more targeted approach. In other words, with the same amount, we could do more than what we are doing presently, and I believe that people are aware of that.

We have in Canada some structures that allow us to bring about changes rather quickly, because we are not straddled with centuries-old structures. Our structures are relatively young, a fact which enables us to make some rather quick turnarounds. I believe that when you examine the amounts of money that are allocated, the francophone and Acadian communities throughout Canada have learned to use the monies that they do receive in a

Le sénateur Losier-Cool: C'est pour cela que je voulais une clarification.

Mme Friolet: J'ai essayé de répondre au sénateur Morin, qui disait pourquoi, à l'opposé des autres provinces, nous n'avions pas d'institutions d'enseignement postsecondaire, par exemple. Chez nous, cela a pris la déclaration des langues officielles et la Charte des droits et libertés pour revendiquer l'école française.

Le sénateur Losier-Cool: C'était plutôt pour clarifier. J'aimerais revenir à la création d'un programme similaire au vôtre. Un tel programme impliquera sans doute des dépenses. La SCFA a-t-elle considéré les moyens de financement d'un programme comme celui-là? Ce programme serait-il la responsabilité d'un ministère, du Conseil du Trésor ou encore des langues officielles? La question d'ingérence provinciale se poserait dans l'application d'un tel programme, compte tenu de l'expérience des programmes de langues officielles en éducation, surtout en Nouvelle-Écosse. Je suis d'accord avec l'idée et le principe, mais comment pourrait-on recommander ce programme comme étant applicable?

M. Rioux: En ce qui concerne l'ingérence, la santé, tout comme l'éducation, relève des provinces. Si on a créé un programme comme celui-là au niveau de l'éducation, on devrait être en mesure de le faire pour la santé. On devrait même pouvoir le faire encore mieux pour de la santé, car on peut se servir de notre expérience des succès et des échecs dans le secteur de l'éducation.

L'imputabilité des provinces à l'égard des sommes d'argent qu'elles reçoivent devrait être plus grande au niveau de la santé que de l'éducation. Par exemple, on n'aurait pas à aller devant les tribunaux pour justifier les sommes d'argent allant aux provinces directement pour les milieux minoritaires francophones plutôt qu'à partir d'un budget global. Ce sont des choses qui pourraient être corrigées.

L'argent est toujours le nerf de la guerre. Il n'en demeure pas moins qu'au départ des sommes considérables devront être versées afin de mettre sur pied le système. Toutefois, il y aura par la suite une continuité. Dans le secteur de l'éducation, ce n'est pas parce qu'on a à la fois des minorités francophones et anglophones que l'on en évalue les coûts. Le bilinguisme est pour nous une valeur fondamentale au Canada et c'est le prix que nous devons payer.

Il est également évident que les soins de santé coûtent cher. Cependant, à la lumière de ce que révèlent les études et commissions, comme la commission Romanow ou l'étude du sénateur Kirby, on constate que le même montant d'argent pourrait être mieux employé si on ciblait davantage où il est investi. En d'autres mots, avec le même montant, on pourrait en faire plus que ce que l'on fait actuellement, et je crois que les gens en sont conscients.

Nous avons, au Canada, des structures qui permettent d'apporter des changements assez rapidement, car nous ne sommes pas enracinés dans des siècles de structures. Nous avons des structures qui sont assez jeunes, ce qui nous permet de faire des revirements assez rapides. Je crois que lorsque l'on constate les sommes d'argent attribuées, les communautés francophones et acadiennes à travers le Canada ont appris à

very responsible manner and to try and do more with the same amounts. We have learned lessons in the past ten years, and governments could do likewise.

The Acting Chairman: Your point is very important and it is the issue raised by our colleague. In the end, if you do not have access to health care in French, you will receive health care in English and the cost will not be any greater. If, for example, someone falls ill, he will try to obtain health care in French, but failing that, he will be taken care of in English. In either case, money will be spent.

When you talk about money, this is not a new program. We are merely saying that a person will be taken care of either in his or her mother tongue, or in the other language.

I believe that this is an important point. When you talk about new incremental costs, it is important to add that this is not new money, but money that is dedicated to a specific end, and we are asking that it be used in a more efficient way.

Mr. Rioux: I once said to the Minister of Health of New Brunswick, Mr. Robichaud: "Your department is not a Department of Health, but rather a Department of Sickness." There are 80 per cent of people who receive health care to cure an illness, but what is allocated for prevention? Among New Brunswick francophones, we are leaning more and more, together with the Department of Education, on the side of prevention. We target early prevention which, over time, will help to reduce costs.

Even today, in New Brunswick schools, students are unfortunately allowed to smoke, even though we know the impacts of smoking on health, but nobody wants to make the decision to prohibit smoking in the schoolyards.

The Acting Chairman: And soon, they will be able to smoke cannabis. Rest assured that the Committee on Social Affairs is focusing on health and not in this direction.

Mr. Gour: I would like to add a comment on cooperation. We talked about an intergovernmental program and not a unilateral program from Health Canada that would be intruding in this area. You know that there is a lot of cooperation with regard to the support of official languages in education. Why would it be any different in the area of health?

My colleague mentioned a few provinces that have already shown an interest in such a program. Indeed, our association has had discussions with Minister of Health Clément in this regard.

Funds are being spent in Montfort, but as the honourable senator was saying, these are not additional costs, because the Montfort Hospital is one of the most efficient in the province. It has even received additional funds from the Department of Health thanks to this greater efficiency. It costs less to provide health services in Montfort than at the Ottawa General Hospital.

être plus responsables avec l'argent qu'elles reçoivent et à essayer de faire mieux avec les mêmes montants. On nous a donné des leçons depuis dix ans, je crois que nous les avons utilisées à bon escient, et les gouvernements pourraient faire de même.

Le président suppléant: Le point que vous faites valoir est très important, et c'est la question que soulevait notre collègue. Finalement, si l'on n'a pas accès aux soins de santé en français, on se fera soigner de toute façon en anglais et les coûts ne sont donc pas plus grands. Si par exemple quelqu'un tombe malade, il obtiendra des soins en français ou n'en obtiendra pas, et dans ce cas il ira se faire soigner en anglais. Quoi qu'il en soit, il y aura de l'argent dépensé.

Lorsqu'on parle d'argent, ce n'est pas un programme nouveau. Tout ce qu'on dit, c'est que la personne est soignée soit dans sa langue maternelle, soit dans l'autre.

Je crois que c'est là un point important. Lorsqu'on parle de nouveaux coûts, il est important de dire que ce n'est pas de l'argent nouveau, mais de l'argent destiné à une fin, et que l'on demande qu'il soit réutilisé de façon plus efficace et moins onéreuse.

M. Rioux: J'ai déjà dit au ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick, M. Robichaud: «Ce n'est pas un ministère de la Santé que vous avez, c'est un ministère de la Maladie». Il y a 80 p. 100 des gens qui se font soigner pour une maladie, mais combien pour la prévention? Chez les francophones du Nouveau-Brunswick, on regarde de plus en plus, avec le ministère de l'Éducation, du côté de la prévention. On commence très tôt du côté de la prévention ce qui, avec le temps, contribue à réduire les coûts.

Encore aujourd'hui, dans les écoles du Nouveau-Brunswick, on permet malheureusement aux élèves de fumer, sachant comment cela affecte la santé des individus, mais personne ne veut prendre la décision d'interdire de fumer dans les cours d'école.

Le président suppléant: Et bientôt, ils vont pouvoir fumer du cannabis. Soyez assuré que le Comité des affaires sociales est orienté vers la santé et non dans cette direction.

M. Gour: J'aimerais ajouter un commentaire sur la collaboration. On a parlé d'un programme intergouvernemental et non d'un programme unilatéral de Santé Canada qui viendrait s'ingérer dans ce secteur. Vous savez qu'il y a beaucoup de collaboration en ce qui concerne le programme d'appui aux langues officielles en éducation. Pourquoi en serait-il autrement en santé?

Mon collègue a mentionné quelques provinces qui montrent déjà un intérêt envers un tel programme. D'ailleurs, notre association a tenu des discussions avec le ministre de la Santé Clément à cet égard.

Il se dépense des sous à Montfort, mais comme le sénateur le disait, mais ce ne sont pas des coûts supplémentaires, parce que l'Hôpital Montfort est un des hôpitaux les plus efficaces dans la province. Il a même mérité un cachet additionnel du ministère de la Santé pour cette grande efficacité. Il coûte moins cher de donner des services en santé à Montfort qu'il en coûte à l'Hôpital Général d'Ottawa.

The same goes for community health centres. You know that the provinces are requesting more money from the federal government for health care. The problem is that there is no established principle for allocation.

We are not necessarily talking about additional money. Yes, initially, the infrastructure would cost a little bit more, but eventually, it will not be any more costly. There will be more efficiency because services will be of greater quality.

It is not worth spending money for mental health systems, for example, be they francophone or anglophone, if they do not yield any results. In the area of mental health, communication is even more important. We could spend a lot of money without getting any results in that area.

So we must invest wisely, and that is why we are asking for a sixth allocation principle. Despite the fact that there is in our Constitution an implicit principle regarding the protection of minorities, one of the fundamental values of Canada is duality and linguistic equality. We should be evolving toward equality, but such is not the case in the area of health care.

For example, it is a fact that religious communities were offering health services throughout Canada. There was more than one francophone hospital in Ontario. Today, there is only one left. All the others have disappeared.

Education, the parishes, religion and health were fundamental for French Canadians in minority situations. These services have always been offered by francophone religious communities, but they were provided in French. They no longer exist in French. They used to exist and they no longer exist. So we have undergone a regression. It is not an evolution toward equality in the area of health; it is the opposite that is happening throughout Canada. I could give you many examples.

The Acting Chairman: The time is going by and some important issues have not been addressed. Before giving the floor to Ms Friolet, I would like to ask Mr. Rioux and the other witnesses to paint for us a broad picture of the attitude of the provinces regarding health care in French for minority groups, with the exception of Quebec. To be clear, I would like to know the position of each province: are they favourable, neutral or unfavourable? When scrutinizing the letters sent by various ministers of health, it was interesting to study their reaction because we could see that there was really a great difference from province to province. I will start with Mr. Rioux, but if other witnesses want to talk about their own province, please tell us about the situation there.

Mr. Rioux: In New Brunswick, the authorities are more and more favourable to our views. At the very beginning, when we started to talk about reorganizing health care services, hospital corporations were being dismantled and replaced by regional health boards.

They said that there would be one health care system for all of New Brunswick. More and more, we insist on the fact that there can be one system with services for francophones and services for

Il en va de même pour les centres de santé communautaire. Vous savez que les provinces revendiquent plus d'argent du gouvernement fédéral pour les soins de santé. Le problème est qu'il n'y a pas de principe d'attribution.

On ne parle peut-être pas d'argent supplémentaire. Oui, les infrastructures initiales vont coûter un peu plus cher, mais éventuellement il n'en coûtera pas plus cher. Il y aura plus d'efficacité car les services seront de plus grande qualité.

Il ne vaut pas la peine de dépenser pour des systèmes en santé mentale, par exemple, francophones ou anglophones, qui ne donnent aucun résultat. Dans le domaine de la santé mentale, la communication est encore plus importante. On peut dépenser beaucoup d'argent et cela ne donnerait aucun résultat à ce niveau.

Il faut donc bien investir, et c'est pourquoi nous revendiquons un sixième principe d'attribution. Malgré le fait que, dans la Constitution, il y a un principe non écrit en ce qui a trait à la protection des minorités, une des valeurs fondamentales au Canada est la dualité et l'égalité linguistiques. On devrait évoluer vers l'égalité, mais ce n'est pas le cas pour ce qui est des soins de santé.

Par exemple, il est vrai que les communautés religieuses offraient un peu partout à travers le Canada des services de santé. Il existait plus d'un hôpital francophone en Ontario. Aujourd'hui, il n'en existe qu'un. Les autres ont disparu.

L'éducation, les paroisses, la religion et la santé étaient fondamentales pour les Canadiens français en situation minoritaire. Ces services étaient toujours offerts par des communautés religieuses francophones, mais on les recevait en français. Ils n'existent plus en français. Ils ont existé et n'existent plus. Nous avons donc régressé. Ce n'est pas une évolution vers l'égalité dans le domaine de la santé mais le contraire qui se produit à travers tout le Canada. Je pourrais vous citer plusieurs exemples.

Le président suppléant: Le temps passe et certains points importants n'ont pas été touchés. Avant de donner la parole à Mme Friolet, j'aimerais demander à M. Rioux et aux autres témoins de nous brosser un tableau des attitudes de la part des provinces face aux soins en français pour leur minorité, à l'exception du Québec. Pour que ce soit clair, j'aimerais connaître la situation de la province: est-elle favorable, neutre ou défavorable? En étudiant les lettres des différents ministres de la Santé, il était intéressant de voir la réaction de ces derniers, car on pouvait constater qu'il y avait vraiment une grande différence entre les provinces. Je vais commencer par M. Rioux, mais si d'autres témoins veulent parler de leur propre province, faites-nous part de la situation.

M. Rioux: Au Nouveau-Brunswick, nous avons une écoute de plus en plus favorable. Au tout début, lorsqu'on a commencé à parler de réorganisation des services de santé, on laissait tomber la corporation hospitalière au profit des régies régionales de la santé.

On disait qu'il y aurait un système de santé pour tout le Nouveau-Brunswick. De plus en plus, nous faisons valoir le fait qu'il peut y avoir un système de santé et que, dans ce dernier, il

anglophones. In New Brunswick, access to the health care system was based mostly on proximity, so that it would be possible to have employees work in various places, for example by having employees of the George-Dumont hospital, in Moncton, work in the City Hospital. We are trying presently to have the government understand — and they are listening to us — that it would be more interesting to have a network for francophones with the George-Dumont hospital, where they provide tertiary health care. This would also involve the regional boards in Edmundston, in Bathurst, in Campbellton and in Moncton, who would be working together within the same francophone network in order to share the services and specialties.

We seem to be going that way, and if we get no results we always have the court option, hanging over our heads.

The Acting Chairman: We should not spend too much time on each province. Could you tell us what the situation is in the other provinces? The ones that you know of.

Mr. Rioux: I could not tell you about the other provinces right now.

The Acting Chairman: Could you prepare a report for us?

Mr. Rioux: It has already been done.

The Acting Chairman: We are being told that one province is against any interference by the federal government. It will be important to know whether initiatives such as these ones will be well received by the provinces or whether they will react in an hostile way. Will we have to put in place mechanisms so that the provinces welcome these recommendations warmly? It seems to me to be an important point.

Ms Frielet: You know that in British Columbia there are no services. However, since the \$8 million fund for primary care has been announced, our provincial government has approached us. They want to know how they could access it.

The provinces are saying that the federal government left us with a problem and reduced the transfers. I will not lie to you. The provincial government is very reluctant to have to take charge of francophones. It took us 25 years to get a francophone school board. I think we need compassion, here: when one is sick, one should get care in one's own language.

The Acting Chairman: You are saying that British Columbia would be favourable to a program that would include funding and would provide care for francophones.

Ms Frielet: Yes. You know that there are francophone liaison representatives in provincial governments and in intergovernmental affairs departments in each province. We are presently looking at the possibility of an emergency access line. It means that the four health ministers are talking to one another. It is a good sign.

peut y avoir un système pour les francophones et un autre pour les anglophones. Le Nouveau-Brunswick basait surtout l'accès au système de santé sur la proximité du lieu et la proximité des hôpitaux afin qu'ils aient la possibilité de travailler entre eux, comme, par exemple, faire travailler les employés de l'Hôpital Georges-Dumont, à Moncton, avec le City Hospital. Nous tentons actuellement de faire comprendre au gouvernement — et il y a une écoute là-dessus — qu'il serait plus intéressant d'avoir un réseau pour les francophones avec l'Hôpital Georges-Dumont — où on a les soins tertiaires — et la régie régionale à Edmundston, à Bathurst, à Campbellton et à Moncton, qui travailleraient ensemble dans un même réseau francophone pour partager les services et les spécialités.

L'orientation se fait dans ce domaine et si elle ne se fait pas, on a toujours l'épée de Damoclès qui dit qu'on aura une poursuite.

Le président suppléant: Il faudrait pas passer trop de temps sur chaque province. Pouvez-vous nous donner la situation dans les autres provinces? Celles que vous connaissez.

M. Rioux: Je ne pourrais pas parler des autres provinces à ce moment-ci.

Le président suppléant: Peut-être que vous pouvez nous faire un rapport?

M. Rioux: Le rapport est fait.

Le président suppléant: On nous dit qu'une province est hostile et refuserait que le gouvernement fédéral s'insurge. Il serait important de savoir si des initiatives comme celles-là seront bien reçues des provinces ou s'il y aura des réactions hostiles. Faudra-t-il mettre des mécanismes en place pour que les provinces accueillent ces recommandations à bras ouverts? Cela me paraît un point important.

Mme Frielet: Vous savez qu'en Colombie-Britannique, il n'y a aucun service. Toutefois, depuis l'annonce du fonds de huit millions de dollars pour les soins primaires, notre gouvernement provincial nous a approché. Ils veulent voir comment ils pourraient y avoir accès.

Les provinces disent que le gouvernement fédéral nous a laissé un problème et a limité ses transferts. Je ne veux pas vous mentir. Le gouvernement provincial voit d'un très mauvais oeil le fait qu'il doit s'occuper des francophones. Il a fallu 25 ans avant que nous puissions avoir un conseil scolaire francophone. Je veux en appeler à la compassion: lorsqu'on est malade, on devrait avoir ce service dans notre langue.

Le président suppléant: Vous dites que la Colombie-Britannique accueillerait favorablement un programme qui inclurait un financement et qui permettrait de donner des soins aux francophones.

Mme Frielet: Oui. Vous savez qu'il y a des représentants dans la liaison francophone au niveau des gouvernements provinciaux et au niveau du ministère des Affaires intergouvernementales de chaque province. On examine présentement la possibilité d'avoir une ligne d'accès d'urgence. Cela veut dire que les quatre ministères de la santé se parlent. Je réponds donc que c'est favorable.

Mr. d'Entremont: In May and June, we discovered in Nova Scotia that the response depended on the people to which we put the question. The response of the population and the response of the leaders is not the same. We put the question to the population: "according to you...? what do you think...? how do you see...? Is it better, stable or worse than five years ago?" Sixty thousand 60,000 people responded. Ninety-five per cent of the people in all the regions told us that the situation seemed to be deteriorating.

During the discussion, even during the consultation, the managers of the boards or the regional authorities were present. Unfortunately, they told us: "We provide translation services." And they asked the celebrated question that caused so much grief in the field of education: will the federal government pick up the tab?

At the level of the boards, of the regional authorities, at the level of the provinces — I do not deal with the minister but with his officials — there again, the question is whether the federal government will pick up the tab, or will the anglophones or other groups lose something because of this.

We cannot prove it scientifically because the responses to the questions during the consultations were emotionally driven. In Nova Scotia, we do not wish to relive the nightmares we lived through for too many years in the education field. We could have a similar, and even better, program.

The Acting Chairman: I am going to raise two points that will have an impact on our recommendations. Two events following the tabling of your report seem to me important and will certainly influence the decision of the committee.

The first is the issue of the Montfort hospital. My question is for Mr. Gour. The appeal court decision on Montfort contained a series of very important principles relating to the issue of health care access for francophones. What are the consequences of the appeal court decision on the recommendations you made?

Can this ruling favourably influence the position of your group? If it can, how do you see it? During the whole debate, the whole struggle with respect to Montfort, were you supported by the University of Ottawa?

Mr. Gour: The University of Ottawa played an important role in documenting the data. They provided support and said that for their medical program to be efficient they needed a francophone training facility. There is no denying that the university played a role and helped demonstrate that the Montfort Hospital is an essential institution to protect our minority community.

ACFO is also involved. I know the file since our association was one of the intervening parties in the file tabled before the Appeal Court at that level. Is it particularly significant? Yes. You know that the Ontario Health Minister decided against going to the Supreme Court of Canada knowing that he would certainly

M. d'Entremont: Aux mois de mai et juin, on a découvert en Nouvelle-Écosse que cette réponse dépend de ceux à qui on pose la question. La réponse de la population et la réponse des dirigeants n'est pas la même. Nous avons posé la question à la population: «d'après vous...? que pensez-vous...? comment voyez-vous...? Est-ce mieux, stable ou pire qu'il y a cinq ans?» et 60 000 personnes ont participé à nos consultations. La réponse, à 95 p. 100, dans toutes les régions a été que la situation semblait se détériorer.

Lors de la discussion, même lors de la consultation, les dirigeants des régions ou des autorités régionales étaient présents. Malheureusement, ils ont dit: «Nous offrons de la traduction». Et ils ont posé la fameuse question qui a causé tant de chagrin à l'éducation: est-ce que le gouvernement fédéral va payer?

Au niveau des régions, des autorités régionales, au niveau de la province — moi, je compose non pas avec le ministre mais avec ses hauts fonctionnaires — encore là, il y a la question à savoir si le fédéral va payer ou encore si cela n'enlève rien à ce qu'ont les anglophones ou les autres.

Scientifiquement, on ne peut pas le prouver car les réponses données à des questions lors des consultations sont basées sur les émotions. En Nouvelle-Écosse, nous souhaitons ne pas revivre les mêmes cauchemars vécus pendant trop d'années en éducation. Nous pourrions avoir un programme semblable et même meilleur.

Le président suppléant: Je vais soulever deux points qui ont un impact sur les recommandations que nous allons faire. Deux événements survenus après le dépôt de votre rapport me paraissent importants et ils vont sûrement influencer les décisions du comité.

Le premier est la question de l'Hôpital Montfort. Ma question s'adresse à M. Gour. La décision rendue par la Cour d'appel au sujet de l'Hôpital Montfort a élaboré un ensemble de principes très importants en ce qui a trait à la question de l'accès aux soins de santé des francophones. Quelles sont les conséquences de cette décision de la Cour d'appel sur les recommandations que vous avez faites?

Ce jugement peut-il influencer favorablement la prise de position de votre groupe? Si oui, de quelle façon voyez-vous cela? Dans tout le débat ou la lutte que Montfort a menée, avez-vous eu un appui de l'Université d'Ottawa?

M. Gour: L'Université d'Ottawa a joué un rôle important pour ce qui est de la documentation qui a été préparée au sujet des données. Elle appuyait et indiquait que, pour permettre à son programme en médecine d'être efficace, il fallait un milieu de placement francophone. Il est certain que l'Université d'Ottawa a appuyé, a joué un rôle dans la preuve que l'hôpital Montfort était une institution essentielle à la protection de notre communauté minoritaire.

L'ACFO est aussi impliquée dans le dossier. Je suis au courant du dossier puisque notre association était l'une des intervenantes dans le dossier présenté devant la Cour d'appel à ce niveau. Cela a-t-il une signification particulière? Oui. Vous savez que le ministre de la Santé de l'Ontario a décidé de ne pas poursuivre

lose his case. They did it in an honourable way. They recognized later on that the Montfort Hospital was one of the most efficient hospitals in the province. They have even received additional funds to maintain that efficiency. The Ontario government does not hesitate to adequately subsidize the Montfort Hospital. Are there consequences? I think there are but not at the level of the necessary development. You know that the ruling represents protection. Once we have accomplished something, to withdraw puts us in an even more vulnerable position.

Does that protection give us health services entitlements? If the government wanted to close down the five Ontario francophone community health centres, once again we would have to go back before the courts. I think that we would win on the basis on the same principles. What is important is that the Appeal Court of Ontario and that the review court on the secession of Quebec have recognized the right of minorities to be protected. It is a principle that is not explicit in the Constitution.

The lawyers even asked the province of Ontario whether according to them that right did not exist. The province made no reply to that question. It did not debate the existence of a right to be protected. The Superior Court had already ruled on it. This is why we believe that in these MOUs, in these other acts such as the Health Act, we must stand back a little. That right is already there. Is it less important than to say that there will be universal access, et cetera? That right is recognized by the Supreme Court and by this review of Quebec's secession. Minorities have a fundamental right to be protected and we should evolve towards equality. It is not yet in these MOUs. We know that the federal government will probably give more funds to the provinces — by the way, Ontario is the province that complains the most about the lack of funding.

If the federal government were to say that to really support official languages, we have to give more services to the francophones, that it would be more efficient, et cetera, et cetera, would you be ready to play ball? Our preliminary discussions with the government of Ontario and with the ministry are telling us that they are, but there must be more funds. Ontario does it. The act on French services was a very important turning point.

What we won in Montfort is that the Appeal Court said that the government must respect the French Language Services Act, that this act on French services is a quasi-constitutional act. It has been recognized. Health services are delivered according to the French Language Services Act. Yes, it has an impact because it gives teeth to the act. The government must provide these services.

The Acting Chairman: Is this French Language Services Act an Ontario Act?

Mr. Gour: Yes.

The Acting Chairman: Are there similar acts in other provinces?

à la Cour suprême du Canada sachant sans doute qu'il allait perdre. Ils l'ont fait honorablement. Ils ont reconnu par la suite que l'Hôpital Montfort est l'un des hôpitaux les plus efficaces de la province. Ils ont même reçu des fonds additionnels pour maintenir cette efficacité. Le gouvernement de l'Ontario n'a aucune réticence à subventionner l'Hôpital Monfort de façon adéquate. Cela a-t-il des répercussions? Je crois que oui, mais pas au niveau du développement nécessairement. Vous savez que la décision, c'est la protection. Une fois que nous avons accompli quelque chose, nous retirer nous met dans une situation encore plus vulnérable.

Avons-nous alors droit à des services de santé par rapport à cette protection? Si le gouvernement voulait retirer les cinq centres de santé communautaire francophones en Ontario, on se retrouverait encore une fois devant les tribunaux. Je crois que nous gagnerions sur la base des mêmes principes. Ce qui importe, c'est que la Cour d'appel de l'Ontario et la Cour de révision sur la cessation du Québec ont reconnu un droit à la protection des minorités. C'est un principe non inscrit dans la Constitution.

Même les avocats ont demandé à la province de l'Ontario si elle revendiquait le fait que ce droit n'existait pas. La province de l'Ontario a été muette sur cette question. Elle n'a pas débattu le fait qu'il existait un droit à la protection. Cela avait déjà été décidé par la Cour supérieure. C'est la raison pour laquelle nous croyons que dans ces protocoles d'entente, dans ces autres lois comme la Loi sur la santé, il faut prendre du recul. Ce droit existe déjà. Est-il moins important que celui de dire que ce sera l'accessibilité universelle, et cetera? Ce droit est reconnu par la Cour suprême, par cette révision de la cessation du Québec. Les minorités ont un droit fondamental à la protection et on devrait évoluer vers l'égalité. Ce n'est pas encore dans ces protocoles. On sait que le gouvernement fédéral va probablement attribuer davantage de fonds aux provinces — l'Ontario est d'ailleurs la province qui se plaint le plus de ne pas recevoir suffisamment de fonds.

Si le gouvernement fédéral disait que pour bien reconnaître un appui aux langues officielles, il faut donner plus de services aux francophones, que ce serait plus efficace, et cetera, seriez-vous prêts à participer? Nos discussions préliminaires avec le gouvernement de l'Ontario et le ministère nous disent que oui, mais il faut y attribuer plus de fonds. L'Ontario le fait. La Loi sur les services en français a été un tournant très important.

Ce qu'on a gagné à Montfort, c'est que la Cour d'appel a dit que gouvernement doit respecter la Loi sur les services en français, que cette loi sur les services en français est une loi quasi constitutionnelle. Cela a été reconnu. Les services de santé sont livrés selon la Loi sur les services en français. Oui, cela a un impact, parce que cela donne du mordant à la Loi sur les services en français. Le gouvernement doit offrir ces services.

Le président suppléant: Cette Loi sur les services en français est une loi ontarienne?

M. Gour: Oui.

Le président suppléant: Existe-t-il des lois semblables dans d'autres provinces?

Mr. Gour: New Brunswick has a better act.

The Acting Chairman: Two provinces have French language services acts?

Ms Friolet: There is also Prince Edward Island and Manitoba.

The Acting Chairman: So there are four provinces. Is the New Brunswick Act the most generous toward francophones?

Mr. Rioux: Yes, because it respects the equality of both language communities as provided by the Canadian Charter of Rights and Freedoms.

Senator Pépin: If the sixth principle concerning the offer of French language health services must eventually apply, there are already four provinces where this would be more readily accepted. We don't know how this principle would apply in other provinces. Will the federal government be required once again to increase its funding so that provinces can implement these services? There may be other ways of doing it?

Mr. Gour: If a principle is included without a program being established, there will be a lengthy fight in the courts. This program is absolutely essential. There already is an infrastructure in Ontario. The five community health services centres, for example, cost the government \$10 million. So, there are already \$10 million being spent at this level. The government could say that if there is a 50-50 program — they consider that there already is an additional institution, the Montfort Hospital — we could easily calculate Ontario's contribution to a program.

Because, after all, this is a program that would be obtained through negotiation. It is not compulsory. It is hard to imagine a province refusing access to such a program, refusing funds from the federal government for health care. All provinces and territories are after more funding. The federal government will probably increase its funding. Will the federal government have the gall to respect the fundamental constitutional principles and encourage the provinces, through an incentive program such as the education program, to help provinces put a law in place? Ontario accounts for 5 per cent of minority French speakers.

Senator Losier-Cool: I would like to talk about the issue of departmental responsibility in the creation of programs similar to the Official Languages in Education program. There is no education department at the federal level. Therefore, this responsibility has been given to Heritage Canada, et cetera. Do you think it would be more effective to give this responsibility to the Health Department, when you talk about a similar program for French languages services?

Ms Friolet: I will give you an example that may answer your question. Concerning primary health care, the Department of Health asked each provincial government to submit proposals. It is the same procedure as for official languages programs. However, you are right, at this level this does not involve the

M. Gour: Le Nouveau-Brunswick a une meilleure loi.

Le président suppléant: Deux provinces ont des lois sur les services en français?

Mme Friolet: Il y a également l'Île-du-Prince-Édouard et le Manitoba.

Le président suppléant: Il s'agit de quatre provinces donc. La loi du Nouveau-Brunswick est-elle la plus généreuse pour les francophones?

M. Rioux: Oui, parce qu'elle respecte l'égalité des deux communautés linguistiques tel que cela s'inscrit dans la Charte canadienne des droits et libertés.

Le sénateur Pépin: Si jamais le sixième principe qui consiste à offrir des services de soins de santé en français doit s'appliquer, il y a déjà quatre provinces où cela serait accepté plus facilement. Dans les autres provinces, on ne sait pas comment cela va s'appliquer. Faudra-t-il encore que le gouvernement fédéral injecte plus de fonds afin que les provinces mettent ces services en application? Peut-être y a-t-il d'autres façons de faire?

M. Gour: Si on inclut un principe sans qu'il y ait un programme, on devra se battre longtemps devant les tribunaux. Il est absolument essentiel d'avoir ce programme. En Ontario, il y a déjà une infrastructure. Les cinq centres de santé communautaire coûtent au gouvernement, par exemple, 10 millions de dollars. Il se dépense donc déjà 10 millions de dollars à ce niveau. Le gouvernement pourrait dire que s'il y a un programme moitié-moitié — il existe déjà une institution additionnelle dans leur esprit, l'Hôpital Montfort —, on pourrait comptabiliser facilement la contribution de l'Ontario envers un programme.

C'est un programme, après tout, qui s'obtient par la négociation. Il n'est pas obligatoire. C'est difficile d'imaginer une province qui ne voudrait pas accéder à ce programme, qui refuserait des fonds du gouvernement fédéral pour la santé. Toutes les provinces et tous les territoires réclament plus de fonds. Le gouvernement fédéral attribuera probablement plus d'argent. Le gouvernement fédéral aura-t-il le culot de respecter les principes fondamentaux constitutionnels et d'encourager les provinces, par un programme incitatif, comme le programme en éducation, pour aider les provinces à mettre en place leur loi? L'Ontario représente 5 p. 100 des francophones en situation minoritaire.

Le sénateur Losier-Cool: Je voudrais aborder la question de la responsabilité ministérielle dans la création de programmes similaires au PLOE. Il n'y a pas, au niveau fédéral, de ministère de l'Éducation. On a donc donné cette responsabilité au Patrimoine canadien, et cetera. Croyez-vous qu'il serait plus efficace de donner cette responsabilité au ministère de la Santé, lorsqu'on parle d'un programme similaire pour les services de santé en français?

Mme Friolet: Je vous donne un exemple qui répondra peut-être à votre question. Le ministère de la Santé, en ce qui a trait aux soins de santé primaires à la population, a demandé à chaque gouvernement provincial de lui soumettre des propositions. Cela se passe de la même façon pour ce qui est des programmes des

Cabinet. But, it is possible to imagine that the provincial and federal health ministers could negotiate and exchange ideas about the program. This could very well be done for a program whose aim is to help minority communities. Concerning the level of funding, in the proposals made by the advisory committee — and when the francophonie team was set up — the amount considered was \$250 million over five years.

Mr. Rioux: As far as responsibility is concerned, to answer Senator Losier-Cool's question, Heritage Canada is not the only department responsible for the Official Languages Act. All the departments should be accountable for enforcing the Official Languages Act. In the same way that programs are currently being negotiated by different departments with the provinces, the Health Department could do it while enforcing the Official Languages Act. The interdepartmental partnership program was created for the official languages programs. Mechanisms already exist and there is no need for others to be created. This would be a good opportunity to show that official languages in Canada are not the sole responsibility of Canadian Heritage.

Senator Léger: I would like to say a few words on training. Let take the example of someone who is undergoing cancer treatment, let us say, a woman from Ukraine who cannot speak English. Can this be included in your priorities? You mentioned the community that needs funds. What can we do to help that woman so that the janitor will not be the one whose is called upon to translate? That does happen in our hospitals: when they do not understand someone who speaks French they go and get someone who does.

The Acting Chairman: It is in fact often someone from maintenance or janitorial services that comes and does the translation.

Senator Léger: In other words, in all those priority and major projects that the federal government has identified, have any funds been allocated so that the patient can have access to translation services?

Ms Friolet: No. In British Columbia, if you go to the Vancouver General Hospital, there are translation services in Punjabi, Vietnamese, Mandarin, Cantonese, but not in French. There is a precedent and these are services paid by our province. I am convinced that in other provinces, there are translation services if the personnel does not speak the language of the patient. But in British Columbia, that doesn't exist. They do however offer those services for all those quite complicated languages, I must admit, and I think that a little incentive would help to create that precedent.

We must wake-up the federal government so that it can play its role and encourage provinces to offer those services.

The Acting Chairman: Senator Léger, do you want to add anything?

Senator Léger: No, that is fine.

langues officielles. Toutefois, vous avez raison, à ce niveau, il ne s'agit pas du Conseil des ministres. On pourrait cependant très bien imaginer les ministres de la Santé provinciaux et fédéral négocier et échanger des idées sur ce programme. Ils pourraient très bien le faire pour un programme visant à aider les communauté minoritaires. Quant au montant d'argent, dans la proposition que le comité consultatif a faite — et lorsqu'on a constitué l'équipe de la francophonie —, on parlait de 250 millions de dollars sur cinq ans.

M. Rioux: Au niveau de la responsabilité, pour répondre à la question du sénateur Losier-Cool, la Loi sur les langues officielles n'appartient pas seulement à Patrimoine Canada. Tous les ministères devraient être imputables de faire respecter la Loi sur les langues officielles. De la même façon qu'on négocie actuellement avec différents ministères des programmes avec les provinces, le ministère de la Santé pourrait le faire tout en respectant la Loi sur les langues officielles. On a créé le programme de Partenariat inter-ministériel pour les programmes des langues officielles. Des mécanisme existent déjà et on n'a pas besoin d'en créer d'autres. Cela serait une bonne occasion de démontrer que les langues officielles au Canada, ce n'appartient pas seulement à Patrimoine canadien.

Le sénateur Léger: J'aimerais dire un mot à propos de la formation. Prenons l'exemple d'une personne qui reçoit des traitements en oncologie, disons, une Ukrainienne qui ne peut pas s'exprimer en anglais, est-ce que cela peut entrer dans vos grands dossiers immédiatement? Vous avez parlé de la communauté qui a besoin de fonds. Que faire pour aider cette personne, pour ne pas que ce soit le concierge qui soit le traducteur? Car cela arrive dans nos hôpitaux: lorsqu'on ne comprend pas les français, on va chercher quelqu'un.

Le président suppléant: Souvent, c'est une personne d'entretien ménager qui vient faire la traduction.

Le sénateur Léger: En d'autres mots, dans tous ces grands projets du gouvernement fédéral, est-ce que le malade bénéficie de fonds pour lui assurer cette traduction?

Mme Friolet: Non. En Colombie-Britannique, si vous allez au Vancouver General Hospital, il y a des services de traduction en punjabi, en vietnamien, en mandarin, en cantonais, mais pas en français. Le précédent existe et ce sont des services payés par notre province. Je suis convaincue que dans d'autres provinces, il y a des services de traduction si le personnel ne parle pas la langue en question. Mais en Colombie-Britannique, cela n'existe pas. Comme ils le font pour toutes ces langues qui sont assez difficiles à parler, merci, je pense qu'un petit incitatif aiderait à créer le précédent.

Il faut réveiller notre gouvernement fédéral afin qu'il joue son rôle et l'inciter à offrir le service.

Le président suppléant: Sénateur Léger, aviez-vous d'autres commentaires?

Le sénateur Léger: Non, ça va.

[English]

Senator Keon: It seems to me, having dealt with this problem professionally as the CEO of the Ottawa Hospital Heart Institute, that there are good facilities for the education of francophones, particularly here in Ottawa. The basic problem is the lack of infrastructure once they graduate. The community clinics that have been established and the fact that the Montfort has survived are big steps forward. The University of Ottawa being bilingual is very helpful. There is a critical mass of people in Quebec who can be hired, at least doctors, and I have found that we have been able to recruit 50 per cent of our medical staff as francophones over the years. We did have to go to France for our chief of heart surgery, but we were able to do that.

The problem for young people coming out of the system is that they have no infrastructure within which to work. You mentioned a francophone doctor working in Hamilton. He is a fish out of water. If there were more French community clinics, networks could grow from those clinics.

Our francophone doctors have good networks in Northern and Eastern Ontario, in Western Quebec and so forth because they get to know the young francophone graduates from the University of Ottawa. They can do a very good job, but for the rest of the province, there is really no such network.

There is another huge problem. We provide five services at the heart institute that are not provided elsewhere in Canada. The Hospital for Sick Children in Toronto provides services that are not provided elsewhere in Canada. However, there is no support or infrastructure of any kind to provide funding for a francophone component to these services. The institution is left on its own to do this.

How much thought have you given to a true francophone infrastructure for the country, because it can transcend provincial boundaries? What do you think it would take in a recommendation from our committee to put such a structure in place?

Mr. Gour: I am glad you mentioned the importance of infrastructures because they are critical.

In Ontario, the francophones favour the concept of community health centres where either one or two doctors are providing primary care.

[Translation]

I think it is essential that, as you pointed out, we develop those services. That could be done through an intergovernmental program whereby the federal government would pay part of the funds, or through Health Canada, even if we may not be too enthusiastic about it, because that department has no program that targets francophones.

[Traduction]

Le sénateur Keon: Il me semble, étant donné que j'ai déjà rencontré ce problème dans ma carrière en tant que PDG de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, qu'il y a d'excellentes installations pour l'éducation des francophones, tout particulièrement ici à Ottawa. Le problème fondamental, c'est le manque d'infrastructures une fois qu'ils ont reçu leur diplôme. Les cliniques communautaires qui ont été mises sur pied et le fait que Montfort ait survécu sont d'importants pas en avant. Il est également très utile que l'Université d'Ottawa soit bilingue. Il y a une masse critique de gens au Québec que l'on peut engager, du moins des médecins, et j'ai constaté que nous avons été en mesure de recruter chez les francophones 50 p. 100 de notre personnel médical au fil des ans. Nous avons dû aller en France pour notre chef de la chirurgie cardiaque, mais nous avons pu le faire.

Le problème pour les jeunes qui sortent du réseau, c'est qu'ils n'ont aucune infrastructure dans laquelle ils peuvent travailler. Vous avez parlé d'un médecin francophone qui travaille à Hamilton. Il est un peu comme un poisson hors de l'eau. S'il y avait davantage de cliniques communautaires francophones, des réseaux pourraient naître de ces cliniques.

Nos médecins francophones ont d'excellents réseaux dans le nord et l'est de l'Ontario, dans l'ouest du Québec et ainsi de suite parce qu'ils apprennent à connaître les jeunes diplômés francophones de l'Université d'Ottawa. Ils peuvent faire un excellent travail, mais pour ce qui est du reste de la province, un tel réseau n'existe pas vraiment.

Et il y a un autre énorme problème. À l'Institut de cardiologie, nous offrons cinq services qui ne sont pas offerts ailleurs au Canada. L'Hospital for Sick Children de Toronto assure des services qui ne sont pas offerts ailleurs au Canada. Cependant, il n'existe aucun soutien ni aucune infrastructure de quelque sorte que ce soit pour financer une composante francophone de ces services. L'institution doit puiser dans ses propres ressources pour ce faire.

Avez-vous songé à une véritable infrastructure francophone pour l'ensemble du pays, car elle peut aller au-delà des frontières provinciales? Selon vous, quel genre de recommandation faudrait-il de la part de notre comité pour mettre en place une telle structure?

M. Gour: Je suis heureux que vous parliez de l'importance des infrastructures car elles sont critiques.

En Ontario, les francophones favorisent la notion de centres de santé communautaire où l'on retrouve un ou deux médecins qui prodiguent des soins primaires.

[Français]

Je crois qu'il est absolument essentiel, comme vous l'indiquez, de développer cela. Cela pourrait être fait par l'intermédiaire d'un programme intergouvernemental où le gouvernement fédéral assure une partie des fonds, soit par l'intermédiaire de Santé Canada, même si nous avons une certaine réticence, parce que ce ministère n'a aucun programme qui vise les francophones.

Allow me to give you an example. I am a member of the Hamilton-Niagara Community Health Centre; we have a clinic in that region, a French community health centre where two doctors work. The requests for funds for programs that we submit to the Ontario government are in French and can be submitted in French. As for Health Canada, our administrator submits the requests in English because he is afraid that it will take too much time for the federal government to answer; there is no infrastructure or personnel that can receive that document in French. It is somewhat bizarre! Our board of directors told our administrator: listen, it is the federal government, submit your request in French. We get better service from the Ontario Health Ministry than from Health Canada. That's why I hesitate to say that Health Canada should be responsible for that program.

To answer your question, yes, we need tertiary services. It is quite complicated because in Ontario, we still represent only 4 per cent of the population. Let us first establish our primary health network, because that is essential. That is what we should spend our money on to start with.

The Acting Chairman: I would like the committee to be mandated to study the issue of the so-called national services, as there will be more and more of them. Diagnostic or therapeutic procedures are quite complicated, require a lot of equipment and specialized personnel. They are carried out on a small number of citizens and that is why there is only one institute of the kind in Canada.

But there will be more and more of those specialized centres in Canada and what senator Keon recommends is the possibility of receiving patients from all regions of the country. He specifically recommends that patients from outside Quebec have access to health care in French.

This is an important issue because it does not only affect francophones outside Quebec but also francophones in the whole of the country. It is a very important issue.

Mr. Rioux: I believe the discussions you will have during the next two days will provide clarifications, since the groups you will meet are much more specialized than we are.

The core of the report entitled "La santé chez les communautés minoritaires," is that the role of health care community centres is to provide access to front-line services. There are also details about specializations, and the work conducted by the members of the committee will clarify that for you.

I do not want to get into specializations because there are people who are much more qualified than I am to answer those specific questions since they are the ones who did the work.

Ms Friolet: As an illustration, in British Columbia where there are no institutions that currently offer public services in French, aside perhaps from Maillardville, a seniors' residence, where one can ask to be seen by a doctor who understands French.

Je vous donne un exemple. Je siège au comité du Centre de santé communautaire de Hamilton-Niagara où on a une clinique, un centre de santé communautaire francophone avec deux médecins. Les demandes de fonds pour les programmes que l'on soumet au gouvernement de l'Ontario sont en français et peuvent être reçues en français. À Santé Canada, notre administrateur les soumet en anglais parce qu'il a peur que cela prenne trop de temps au gouvernement fédéral! Il n'y a pas d'infrastructure ou de personne qui peut recevoir ce document en français. C'est un peu bizarre! Le conseil d'administration dit à notre administrateur: écoutez, c'est le gouvernement fédéral, soumettez-le en français. On est mieux reçu par le ministère de la Santé en Ontario que par Santé Canada. J'hésite à dire que cela devrait être Santé Canada qui administre ce programme.

Pour répondre à votre question, oui, il nous faut des services tertiaires. C'est compliqué parce qu'en Ontario, on représente quand même seulement 4 p. 100 de la population. Bâtissons en premier lieu notre réseau de santé primaire, car cela est essentiel. C'est sur cela que nous devrions d'abord dépenser nos sous.

Le président suppléant: J'aimerais que le comité soit saisi de la question des services dits «nationaux», à l'effet qu'il y en aura de plus en plus. L'intervention diagnostique ou thérapeutique est fort complexe, demande beaucoup d'équipements et de personnel spécialisé. Elle s'adresse à une population restreinte et c'est pourquoi il n'existe qu'un institut de ce genre au Canada.

Mais il y aura de plus en plus de ces centres uniques au pays et ce que le sénateur Keon recommande, c'est la possibilité d'accueillir des patients de partout au Canada. Il recommande surtout que les patients provenant de l'extérieur du Québec aient accès à des soins de santé en français.

Il s'agit d'un point important car cela ne s'adresse pas seulement aux francophones hors Québec mais aussi aux francophones de l'ensemble du pays et c'est important.

M. Rioux: Je crois que suite aux discussions des deux prochains jours, vous obtiendrez certainement des éclaircissements de la part des différents groupes, plus spécialisés que nous, qui se présenteront devant vous.

L'essentiel, ce qui est au cœur même du rapport intitulé «La santé chez les communautés minoritaires», c'est que les centres de santé communautaires existent pour permettre l'accès aux premiers services. Par la suite, on commence à tomber dans les spécialisations et le travail accompli par les membres du comité vous éclairera davantage là-dessus.

Je ne voudrais pas tomber dans des spécialisations où des personnes plus compétentes que nous peuvent répondre à des questions spécifiques puisque ce sont eux qui ont fait le travail.

Mme Friolet: À titre d'exemple, en Colombie-Britannique où il n'existe en ce moment aucun service institutionnel public, — à part peut-être Maillardville, un centre pour personnes âgées — on peut avoir recours aux services d'un médecin en français.

We have created a list of health care professionals and have suggested that a community clinic be created. These are all private initiatives, and nothing prevents bilingual doctors, psychologists or nurses from offering their services in French.

We want to start our work at that level, and further down the road, we will try to convince the regional health boards to work with these individuals. In British Columbia, where nothing is currently organized, there are two areas where one can receive services in French. We are trying to follow Ontario and New Brunswick's example, all the while turning towards the situation in Alberta, where smaller communities have a doctor who travels every Wednesday to remote communities, whether he is requested to do so or not.

In British Columbia, we are not closed to this idea because there are currently no services offered in French. We want to use everything that is available to us to make services in French accessible. I think this could be done in consultation with health care professionals.

The Acting Chairman: Mr. Rioux, the committee would like to receive the documents which were published since the report was tabled, such as the report from the Forum de Moncton of November 2001. The committee would like to review its conclusions. Mr. d'Entremont, you mentioned a forum that took place in Nova Scotia. Grassroots resolutions of the kind would greatly help the proceedings of this committee.

I would like to conclude by thanking our witnesses. We have appreciated your comments immensely and are certain they will help with this committee's proceedings. We might call upon you in the event that we need further details.

The committee adjourned.

OTTAWA, Tuesday, September 10, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 2:07 p.m. to examine the document entitled "Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français."

Senator Yves Morin (*Acting Chair*) in the Chair.

[*Translation*]

The Acting Chair: We continue our examination of the document entitled "Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français." This afternoon, we welcome, among others, Ms Arsenault, from the Centre communautaire Évangéline. She has previously appeared before our committee, and Mr. Romanow has cited her publicly as one of the models to follow. We also have Dr. John Joannis, of Montfort Hospital, Ms Suzanne Nicolas from the Centre de santé de Saint-Boniface, and Dr. Denis Vincent, of the Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire.

Nous avons répertorié des professionnels de la santé et nous avons encouragé une initiative de création d'une clinique communautaire. Cela relève du domaine privé et rien n'empêche un médecin, un psychologue ou une infirmière d'être bilingue et d'offrir des services.

C'est à ce niveau que nous voulons commencer et, par la suite, il faut convaincre les régies régionales de santé à travailler avec ces individus. En Colombie-Britannique, où il n'existe rien en ce moment, il y a deux endroits où on peut le faire. En Ontario et au Nouveau-Brunswick, on se sert de leur exemple tout en regardant ce qui se passe en Alberta, où dans de petites régions, un médecin se déplace tous les mercredi vers une petite localité, qu'il y ait des malades ou pas.

En Colombie-Britannique, nous ne sommes pas fermés à l'idée parce qu'il n'existe rien en français. On veut utiliser ce qu'il y a sur le terrain pour avoir accès à des services en français. Je pense qu'on peut le faire en collaboration avec les professionnels de la santé.

Le président suppléant: M. Rioux, le comité aimerait recevoir les documents qui ont été publiés depuis le dépôt du rapport, dont le Forum de Moncton de novembre 2001. Le comité aimerait en recevoir les conclusions. M. d'Entremont, vous avez fait allusion à un forum qui a eu lieu en Nouvelle-Écosse. Les résolutions populaires de ce genre aideraient beaucoup aux délibérations du comité.

Il ne me reste qu'à remercier tous les témoins. Nous avons vraiment apprécié vos commentaires qui, certes, aideront aux délibérations du comité. Il est possible que nous nous adressions à vous dans le cas où nous aurions besoin de détails supplémentaires.

La séance est levée.

OTTAWA, le mardi 10 septembre 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 14 h 07 pour étudier le document intitulé «Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français».

Le sénateur Yves Morin (*président suppléant*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

Le président suppléant: Nous poursuivons l'étude du document «Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français». Cet après-midi, nous recevons, entre autres, Mme Arsenault, du Centre communautaire Évangéline. Elle a déjà comparu devant notre comité et M. Romanow l'a citée publiquement comme un des modèles à suivre. Nous recevons également le Dr John Joannis, de l'Hôpital Montfort, Mme Suzanne Nicolas du Centre de santé de Saint-Boniface et le Dr Denis Vincent, du Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire.

We welcome you and thank you for coming. I would remind you that you have approximately six or seven minutes to make your presentation, and that will be followed by a question period. The question period is always too brief. We always have questions we would like to ask and time prevents us from doing so. So I would ask you to make your answers as brief as possible. You have submitted documents to us which we are going to read carefully. I now give you the floor.

Ms Élise Arsenault, Director, Centre communautaire Évangéline: It's good to be able to make a presentation a second time, and it's even more pleasant to be able to do it in my language.

First, thank you for your invitation, and I would like to congratulate you for undertaking an in-depth study of the issue of health in French. I'm going to speak briefly about the Centre de santé communautaire Évangéline as a place of welcome and a model for minority health care delivery.

The Centre de santé communautaire offers a program of Services communautaires de Santé Prince-Est, one of the four health administrative regions of Prince Edward Island. We operate in partnership with the community to promote the health and welfare of individuals, families and the community. We serve a population of approximately 3,000 inhabitants, more than half of whom are of Acadian and francophone origin.

On our multidisciplinary team, we have a public health nurse, a speech therapist, a mental health consultant, a part-time occupational therapist, a secretary-receptionist and a coordinator. In little time, the Centre de santé Évangéline has become a community service hub where people can get information about their health and be referred to professional health care.

In a survey conducted in 2000, the Centre's clients confirmed how important it was for them to receive services in French, particularly in a language respectful of the culture of the region's Acadians. "We're comfortable, we're at home, these are our people," one client told us. The comments heard in the interview highlighted the cultural component of health-related activities. Certain clients said they wanted health professionals who not only speak French, but who can also understand their regional expressions and their deepest values.

Others said they had to feel secure in order to talk about their health problems and that it was difficult for them to do so with caseworkers whose vocabulary was beyond them.

Before the Centre de santé was established in the region, francophones did not know how to access services. The number and nature of information requests we currently receive at the Centre reflects this situation. On the other hand, the Régie de santé had very little knowledge of the needs of the region's individuals and families, which made it more difficult to plan and deliver programs and services. The opening of the Centre de santé

Nous vous souhaitons la bienvenue et nous vous remercions de vous être déplacés. Je vous rappelle que vous avez environ six ou sept minutes pour votre présentation et ce sera suivi d'une période de questions. La période de questions est toujours trop courte. On a toujours des questions qu'on aimerait poser et le temps nous empêche de le faire. Je vous demanderais donc d'être le plus bref possible lors de vos réponses. Vous nous avez remis des documents que nous allons lire attentivement. Je vous donne maintenant la parole.

Mme Élise Arsenault, directrice, Centre communautaire Évangéline: C'est bien d'être capable de pouvoir faire une présentation une deuxième fois et c'est encore plus plaisant de pouvoir le faire dans ma langue.

Premièrement, je vous remercie de votre invitation et j'aimerais vous féliciter d'avoir entrepris une étude approfondie de la question de la santé en français. Je vais parler brièvement du Centre de santé communautaire Évangéline comme lieu d'accueil et modèle de prestation de soins de santé en milieu minoritaire.

Le Centre de santé communautaire est un programme des services communautaires de Santé Prince-Est, une des quatre régions administratives de santé de l'Île-du-Prince-Édouard. On fonctionne en partenariat avec la communauté afin de promouvoir la santé, le bien-être des individus, de la famille et de la communauté. On dessert une population d'environ 3 000 personnes dont plus de la moitié sont d'origine acadienne et francophone.

Dans notre équipe multidisciplinaire, nous avons une infirmière en santé publique, une orthophoniste, une conseillère en santé mentale, une ergothérapeute à temps partiel, une secrétaire réceptionniste et une coordonnatrice. En peu de temps, le Centre de santé Évangéline est devenu un point d'aiguillage de services pour la communauté. Les gens peuvent s'informer sur leur santé et être dirigés vers des soins professionnels de santé.

Lors d'une étude qui a été faite en l'an 2000, les bénéficiaires du centre ont confirmé l'importance de recevoir des services en français et surtout dans une langue respectueuse de la culture des Acadiens de la région. «On est à l'aise, c'est chez nous, c'est notre monde», a dit un des bénéficiaires. Les commentaires entendus lors des entrevues mettent en évidence la composante culturelle des activités reliées au domaine de la santé. Certains bénéficiaires ont mentionné qu'ils voulaient des professionnels de la santé qui non seulement parlent français, mais qui sont également capables de comprendre leurs expressions régionales et leurs valeurs les plus profondes.

D'autres ont indiqué qu'il faut être en confiance pour parler de ses problèmes de santé et qu'il est difficile pour eux de le faire avec des intervenants dont le vocabulaire leur échappe.

Avant l'établissement du Centre de santé dans la région, les francophones ne savaient pas comment accéder les services. Le nombre et la nature des demandes d'information qu'on reçoit présentement au Centre reflète cette situation. De l'autre côté de la médaille, la Régie de santé ne connaissait pas très bien les besoins des individus et des familles dans la région, ce qui rendait la planification et la livraison des programmes et des services plus

contributed to a new energy. Closer relations developed between the community and the formal system. Now service delivery is based on needs, and access to first-line care has vastly improved. In the past, people often went without services because there were none in their language.

For example, if a unilingual anglophone public health nurse has to assess the overall development of a four-year-old child who does not speak English and part of the assessment includes language evaluation, the parent is of course asked to act as a translator. So the question arises: is that assessment a valid assessment? The same problem arises with the other services such as speech therapy. How can a unilingual anglophone speech therapist help a francophone child who has language problems? As you can understand, it is important to have services in French when you're talking about accessibility.

Early intervention is really very important, and we must absolutely ensure that francophone children in this country are not deprived of the services they need to grow and develop.

Our experience at the Centre de santé communautaire Évangéline confirms the findings of the study on the importance of language in the effectiveness of care provided. It is true that the language barrier reduces demand for preventive service, and increases consultation time and the number of diagnostic tests. The likelihood of error in diagnosis and treatment affects the quality of services provided, reduces the probability of compliance with treatments and lowers satisfaction with care received by users.

We very much believe in the community development philosophy and in our approach to health promotion and disease.

Community partnerships are very important to the Centre's success. In working closely with the community, we can start to attack the root causes that negatively affect health determinants. The Centre's caseworkers work closely with the school system so that students can receive the interventions they need to perform at their highest level. By working as part of the multidisciplinary team, caseworkers are able to monitor the child's overall development in the pre-school years and begin therapy as soon as possible.

The Centre is also currently involved with other partners in developing a self-esteem kit. We are working to produce and present sketches depicting situations in which children's self-esteem can be increased or broken down. We very much believe in public education as a tool to prevention.

We are also very much involved in crime prevention issues and are working to reduce violence and poverty in our communities. The Centre de santé communautaire Évangéline has become a very important player on the community scene. We have carved

difficile. L'ouverture du Centre de santé a contribué à de nouvelles énergies. Un rapprochement entre la communauté et le système formel de santé s'est produit. Maintenant, la prestation des services est basée sur les besoins, et l'accès aux soins de première ligne s'est grandement amélioré. Dans le passé, les gens se privaient souvent de services car ils n'existaient pas dans leur langue.

À titre d'exemple, si une infirmière en santé publique, qui est unilingue anglophone, doit évaluer le développement global d'un enfant de quatre ans qui ne parle pas l'anglais et qu'une partie de l'évaluation comprend l'évaluation de la langue, on demande, bien sûr, au parent d'agir comme traducteur. Il faut alors poser la question: est-ce que cette évaluation est une évaluation valide? Le même problème se produit avec les autres services, tels que l'ergothérapie ou l'orthophonie. Comment une orthophoniste unilingue anglophone peut-elle aider un enfant francophone ayant des difficultés de langage? Vous pouvez comprendre qu'il est important d'avoir des services en français lorsqu'on parle d'accessibilité.

L'intervention précoce est vraiment d'une très grande importance. Et il faut absolument s'assurer que les enfants francophones de ce pays ne soient pas privés des services nécessaires à leur plein épanouissement.

Notre expérience au Centre de santé communautaire Évangéline vient confirmer les conclusions de l'étude concernant l'importance de la langue dans l'efficacité des soins dispensés. Il est vrai que la barrière de la langue réduit le recours au service préventif, augmente le temps de consultation et le nombre de tests diagnostiques. La probabilité d'erreur dans les diagnostics et les traitements influence la qualité des services, diminue la probabilité de fidélité aux traitements et réduit la satisfaction à l'égard des soins reçus par les usager.

Nous croyons beaucoup à la philosophie du développement communautaire, et notre approche à la promotion de la santé et à la prévention des maladies reflète cette philosophie.

Les partenariats communautaires sont très importants dans le succès du Centre. En travaillant de près avec la communauté, on peut commencer à s'attaquer aux causes de fond qui affectent négativement les déterminants de la santé. Les intervenantes du Centre travaillent de près avec le système scolaire afin que les étudiants puissent recevoir les interventions nécessaires à leur plein rendement. En travaillant en équipe multidisciplinaire, les intervenantes sont en mesure de regarder le développement global de l'enfant dans les années préscolaires et de commencer la thérapie le plus tôt possible.

Le Centre est aussi présentement impliqué avec d'autres partenaires dans le développement d'une trousse sur l'estime de soi. Nous travaillons à la production et la présentation de sketches qui démontent des situations où l'estime de soi des enfants peut être améliorée ou brisée. Nous croyons beaucoup à la question de l'éducation populaire dans le dossier de la prévention.

Nous sommes aussi beaucoup impliqués dans les dossiers de la prévention du crime et travaillons à réduire la violence et la pauvreté dans nos communautés. Le Centre de santé communautaire Évangéline est devenu un joueur très important

out a position and are helping to provide health care to the community. People in the community feel that the Centre belongs to them and that they control it, unlike other health services in the district. They tell us their needs and ask us to help in improving residents' health.

The opening of the Centre de santé communautaire had an impact on the entire question of supply and demand. The province's francophones now request more services in French, and the government of Prince Edward Island has undertaken to improve access to health services in French.

The community now wants the federal government to assume a leadership role in this regard by providing financial support to the provinces that wish to offer more health services in French and to include a sixth principle in the Canada Health Act.

The Acting Chair: Thank you very much, Ms Arsenault. I now give the floor to Dr. John Joannis, Vice-President, Academic Affairs, Montfort Hospital.

Dr. John Joannis, Vice-President, Academic Affairs, Montfort Hospital: It is an honour and a privilege to speak to you on behalf of the ACFA, as a humble representative of that proud francophone institution, the Hôpital Montfort. In recent years, the name of Montfort has become synonymous with the courage and tenacity of all Canadians of French language and culture who desperately want to preserve their language and culture. The powerful symbol that Montfort has become for all francophones in the country over the past five years of struggle for its survival goes beyond the health care field. In fact, that symbol goes to the very heart of our conception of Canada, of our history, of our national values and, without question, of our Constitution.

I am a Franco-Ontarian. I have three degrees from the University of Ottawa. I've been a doctor for 30 years. I have been Vice-President of Academic Affairs at Montfort Hospital of Ottawa for two years now, having been, before that, chief of staff at that hospital, in fact during the worst crisis Montfort and the Franco-Ontarian community have known.

As you know, Montfort Hospital is still open and its administration, which I represent as vice-president, is here before you today and able to appear before you as a result of an all-out fight by the population of Canadian francophone patients from the 10 Canadian provinces. Montfort Hospital managed to resist the threat of closure over five long years and ultimately triumphed in the name of the francophone minorities and won its case before the Ontario Court of Appeal and the province's political authorities.

It would be a good idea to acknowledge the reasons why the public fought so hard were the same as those the Court ultimately recognized as right and valid in its decision in December 2001.

sur la scène communautaire. Nous nous sommes taillés une place et nous participons à la prise en charge de la communauté en matière de santé. Les gens de la communauté sentent que le centre leur appartient et qu'ils le contrôlent, contrairement aux autres services de santé du district. Ils nous expriment leurs besoins et nous demandent d'intervenir pour aider à améliorer l'état de la santé des résidents.

L'ouverture du Centre de santé communautaire a eu un impact sur toute la question de l'offre et de la demande. Les francophones de la province demandent maintenant plus de services en français, et le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard s'est engagé à améliorer l'accès des services de santé en français.

La communauté souhaite maintenant que le gouvernement fédéral assume lui aussi un leadership à cet égard, en appuyant financièrement les provinces qui veulent offrir plus de service de santé en français, et qu'il inclura un sixième principe à la Loi canadienne sur la santé.

Le président suppléant: Je vous remercie beaucoup, madame Arsenault. Je donne maintenant la parole au Dr John Joannis, le vice-président des Affaires académiques à l'Hôpital Monfort.

Le docteur John Joannis, vice-président, Affaires académiques, Hôpital Monfort: C'est un honneur et un privilège de vous adresser la parole au nom de l'ACFA, comme humble représentant d'une fière institution de la Francophonie qu'est l'Hôpital Monfort. Au cours des dernières années, le nom de Montfort est devenu synonyme de courage et de la ténacité de tous les Canadiens et les Canadiennes de langue et de culture française qui tiennent désespérément conserver leur langue et leur culture. Le symbole puissant qu'est devenu Montfort pour tous les francophones du pays, au cours des cinq dernières années de lutte pour sa survie, dépasse le domaine des soins de la santé. En fait, ce symbole va au cœur même de notre conception du Canada, de notre histoire, de nos valeurs nationales et, sans contredit, de notre Constitution.

Je suis franco-ontarien. J'ai trois diplômes de l'Université d'Ottawa. Cela fait 30 ans que je suis médecin. Je suis vice-président aux Affaires académiques de l'Hôpital Montfort d'Ottawa depuis deux ans maintenant, ayant été avant cela médecin chef de ce centre hospitalier, en fait, durant la pire crise qu'aura connue Montfort et la communauté franco-ontarienne.

Comme vous le savez, si l'Hôpital Montfort est encore ouvert et si son administration, que je représente comme vice-président, est ici présente devant vous aujourd'hui et est en mesure de comparaître devant vous, c'est grâce à une lutte acharnée par la population de patients francophones canadiens en provenance des dix provinces canadiennes. En effet, l'Hôpital Montfort a réussi à résister à la menace de fermeture pendant cinq longues années pour enfin triompher au nom des minorités francophones et avoir raison devant la Cour d'appel de l'Ontario et les instances politiques provinciales.

Il serait bon qu'on reconnaisse que les raisons pour lesquelles la population a lutté avec tant d'acharnement étaient les mêmes que celles que la cour a finalement reconnues comme étant justes et

The possibility of receiving health care in one's language was acknowledged as a constitutional right, as important and fundamental as the right to education for francophone minorities.

Even the Health Services Restructuring Commission of Ontario, an agent of the provincial government, could not revoke those rights. The commission acted in good faith and in the name of efficiency and cost rationalization, at a time when it was necessary to do more with less. However, we invite you, in your report, to avoid the efficiency trap and solutions that apply to the anglophone majority.

The Court readily acknowledged that those considerations were secondary to the rights of Canada's francophone minorities. The Ontario Court of Appeal went further in asserting that Canada would not exist without this fundamental principle.

In the *Montfort* decision, the Court of Appeal wrote:

The protections accorded linguistic and religious minorities are an essential feature of the original 1867 Constitution without which Confederation would not have occurred.

The court cites a 1932 Supreme Court reference:

It is important to keep in mind that the preservation of the rights of minorities was a condition on which such minorities entered into the federation, and the foundation upon which the whole structure was subsequently erected.

Lastly, in 2001, the Court of Appeal categorically held: "The protection of linguistic minorities is essential to our country."

As we often repeated during the Montfort crisis, Canada makes no sense if we cannot even preserve a single francophone teaching hospital in all of Ontario, in all of Canada west of Quebec. The Ontario government had attempted to take everything back to Bill 8, which concerned the protection of our rights. The court went much further in its judgment, and it would be wise for you to consider that in the report you issue.

Why attach so much importance to the rights of francophone minorities in the health field?

Others will talk to you about the fact that patients, particularly when ill, always revert back to their mother tongue. Perhaps I could elaborate on this idea. For patients or their families to be able to make decisions concerning their health needs, they must understand the full impact of the decision.

We are talking here about an entirely fundamental ethical question, informed decisions. If I become ill in a foreign country such as China, for example, I will definitely hope to obtain the best possible care and will be content with a physician who speaks only Chinese. In Canada, however, let us understand this once and for all. I am at home here, francophones are at home, in the

valables dans son verdict en décembre 2001. La possibilité de recevoir des soins en santé offerts dans sa langue a été reconnue comme étant un droit constitutionnel aussi important et fondamental que l'éducation pour les minorités francophones.

Même la Commission de restructuration des soins de santé en Ontario, un agent du gouvernement provincial, ne pouvait enlever ces droits. La Commission agissait pourtant de bonne foi et au nom de l'efficacité et de la rationalisation des coûts, à une époque où il fallait faire plus avec moins. Par contre, nous vous invitons, dans votre rapport, à éviter ce piège d'efficacité et les solutions qui s'appliquent à la majorité anglophone.

La cour a vite reconnu que ces considérations étaient secondaires aux droits des minorités francophones canadiennes. La Cour d'appel de l'Ontario va plus loin en affirmant que le Canada n'existerait pas sans ce principe fondamental.

Ainsi, dans le jugement *Monfort*, la Cour d'appel écrit:

Les protections accordées aux minorités linguistiques et religieuses sont un trait essentiel de la Constitution d'origine de 1867, sans lequel la Confédération ne serait pas née.

La cour cite un renvoi daté de 1932:

Il est important de ne pas perdre de vue que le maintien des droits des minorités était l'une des conditions posées avant que ces minorités consentent à entrer dans la fédération, et qu'il constituait la base selon laquelle toute la structure allait par la suite être érigée.

Finalement, la Cour d'appel, en 2001, ajoute catégoriquement: «La protection des minorités linguistiques est essentielle dans notre pays.»

Comme nous le répétons souvent durant la crise de Montfort, le Canada ne fait aucun sens si nous ne pouvons même pas conserver un seul hôpital universitaire francophone dans tout l'Ontario et dans tout le Canada, à l'ouest du Québec. Le gouvernement ontarien avait tenté de tout remettre à la Loi 8 qui visait la protection de nos droits. La cour est allée beaucoup plus loin dans son jugement, et il serait prudent d'en tenir compte dans le rapport que vous allez émettre.

Pourquoi accorder une telle importance aux droits des minorités francophones en matière de santé?

Plusieurs autres vous parleront du fait que les patients, surtout en situation de maladie, ont toujours recours à leur langue maternelle. Peut-être pourrais-je ajouter à cette notion. Pour que le patient ou sa famille soit en mesure de prendre une décision portant sur leurs besoins en matière de santé, ils doivent comprendre la pleine portée de la décision.

En effet, nous parlons ici d'une question éthique tout à fait fondamentale, c'est-à-dire la décision éclairée. Si je tombe malade dans un pays étranger comme la Chine, par exemple, il est certain que j'espère obtenir les meilleurs soins possibles et que je me contenterai d'un médecin qui ne parle que le chinois. Mais au Canada, comprenons-le bien une fois pour toutes. Je suis chez

country our ancestors helped to found, under a confederate agreement that guarantees our language rights.

Although very much involved in the French-language training and management of the French-language training of medical and health sciences students, I am above all a family physician. My career took many turns before focusing on the care of elderly patients. Among others, I treat patients who are coming to the end of their lives and, together, we face difficult situations and crucial decisions.

These patients are often suffering from multiple diseases and serious illnesses. They are confused and they are afraid. In some instances, they have lost their minds, and their families and friends must attempt to speak and act in their stead. I cannot conceive of how I could provide the same care, secure the full participation of patients and their families without being able to communicate information and without understanding the subtler aspects of their questions. Consequently, language is an essential tool for me.

Non-verbal language is all well and good, but there are limits. How do you effectively and respectfully transfer to a patient the information on which decisions are based if the language used is not the patient's language? This simple fact is important in all dealings between patients and health professionals, particularly when we're talking about primary care.

The many reforms proposed in the primary care sector have not taken into account communication in the patient's language. It is essential that senators be aware of this in their proceedings on the very important question of primary care.

The question of the training of health professionals in the patient's language will be addressed very eloquently by other persons appearing before the committee. However, we should also mention that Montfort Hospital triggered a very strong reaction among people. That was due in large part to the fact that what we were threatened with was not just the loss of an institution that could take care of people in French, but also of an institution responsible for training professionals who could provide those services elsewhere than here at home, that is to say in communities where francophones represent an even smaller minority than here in the National Capital.

The Court of Appeal acknowledged that we must not compromise health professionals, the teachers capable of training students in French with patients at an institution managed in French. Otherwise it was inconceivable to expect young francophone students — the next generation of health professionals — to be able to serve their communities in reasonable fashion, that is to say in the language of their future patients.

Francophone minorities can no longer afford to be bypassed by the initiatives, policies and decisions of all of Canada's government authorities. Lack of respect for the rights of francophone minorities, which are one of the fundamental

moi, les francophones sont chez eux, dans le pays que nos ancêtres ont contribué à fonder, avec un pacte confédératif qui garantit nos droits linguistiques.

Bien que très impliqué dans la formation et la gestion de la formation des étudiants en médecine et en sciences de la santé en français, je suis avant tout un médecin de famille. Ma carrière a pris de nombreux tournants pour enfin se concentrer sur le soin des patients âgés. Entre autres, je traite les patients en fin de vie et ensemble nous faisons face à des situations difficiles, à des décisions cruciales.

Ces patients sont souvent atteints de multiples maladies et de maladies sérieuses. Ils sont confus et ils ont peur. Ils sont parfois déments et la famille et les amis doivent tenter de parler et d'agir à leur place. Je ne peux pas concevoir la façon de donner les mêmes soins, de m'assurer de la pleine participation des patients et de leurs familles sans la capacité de communiquer les informations et sans la compréhension des nuances de leurs questions. Conséquemment, la langue est pour moi un outil essentiel.

Le non-verbal c'est bien, mais il y a des limites. Comment transférer efficacement et respectueusement au patient l'information sur laquelle les décisions se basent si la langue utilisée n'est pas la sienne? Ce simple fait est important dans toutes les transactions entre les patients et les professionnels de la santé, surtout lorsque nous parlons de soins primaires.

Les nombreuses réformes proposées dans le secteur des soins primaires n'ont pas tenu compte de l'aspect de la communication dans la langue du patient. Il serait essentiel que les sénateurs en soient conscients dans leurs délibérations au sujet de la très importante question des soins primaires.

La question de la formation des professionnels en santé dans la langue du patient sera traitée de façon très éloquente par d'autres personnes qui comparaitront devant le comité. Néanmoins, mentionnons aussi que l'Hôpital Montfort a provoqué une très vive réaction chez les gens. Ceci était dû en grande partie à cause du fait que non seulement la perte d'une institution capable de soigner en français était menacée, mais aussi la perte d'une institution responsable de la formation des professionnels capables d'offrir ces services ailleurs que chez nous, c'est-à-dire dans des communautés où les francophones représentent une minorité encore plus petite que celle de la Capitale nationale.

La Cour d'appel a reconnu qu'il ne fallait pas compromettre les professionnels en santé, les enseignants capables des former en français auprès des patients dans une institution gérée en français. Autrement, il était inconcevable de s'attendre à ce que les jeunes apprenants francophones — la relève professionnelle — puissent arriver à desservir leurs communautés de façon raisonnable, c'est-à-dire dans la langue de leurs futurs patients.

Les francophones minoritaires ne peuvent plus se permettre d'être laissés de côté par les initiatives, les politiques et les décisions de toutes les instances gouvernementales du Canada. Le non-respect des droits des minorités francophones, l'une des

values of the Constitution of 1867, has hurt Canadian francophones to the point where the extent of their assimilation suggests they could eventually disappear.

Now more than ever, francophones need this constitutional protection, and government authorities now more than ever have a duty and responsibility to respect it and ensure it is respected. In closing, I would once again like to encourage this committee to acknowledge what patients have demanded and what the Court of Appeal has granted the francophone public: the right to receive care in their language, now and in the future.

The Acting Chair: I would like to clarify one point. The committee you are addressing is not the one that will develop the Kirby report on the federal government's role in health care, but rather a committee that was struck as a result of the Senate's decision to examine the report entitled "Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français," submitted two years ago. The two are related of course, but the report we present will address the distribution of care. The committee is currently considering comments on that document, which is somewhat different.

I give the floor to Ms Suzanne Nicolas, Director General of the Centre de santé de Saint-Boniface.

Ms Suzanne Nicolas, Director General, Centre de santé de Saint-Boniface: I would like to thank the committee members for allowing me to testify. Three years ago, on July 2, 1999, the Franco-Manitoban community witnessed the birth of the Centre de santé de Saint-Boniface. It was a great day.

The Centre de santé Saint-Boniface is the first francophone community centre in Manitoba. It has brought together, for the first time, a team of francophone primary health care professionals. The team's mandate is to serve the francophone population of the City of Winnipeg.

How did the francophone community manage to start this project? I believe there are a few key factors here that should be mentioned in order to show what can be done when a community mobilizes and close cooperation exists between key partners. The turning point for the francophone community of Winnipeg came after the study conducted in 1994 for the regions of Saint-Boniface and Saint-Vital. The findings of that study clearly showed that there was a shortage of health and social services in French. There was also a desire among francophones to be served in their mother tongue.

The francophone community then mobilized and played an important role on a working committee established by certain managers and health professionals interested in the question. The Collège universitaire de Saint-Boniface, the Société franco-manitobaine and the Sœurs-Grises du Manitoba joined forces with the working committee to establish and consolidate the initiative, thus enabling francophone communities to govern and manage primary care services in French.

valeurs fondamentales de la Constitution de 1867, a coûté cher à la francophonie canadienne, au point où l'ampleur de l'assimilation laisse croire en sa disparition éventuelle.

Les francophones ont besoin plus que jamais de cette protection constitutionnelle et les instances gouvernementales ont plus que jamais le devoir et la responsabilité de la respecter et de la faire respecter. En terminant, je voudrais de nouveau encourager ce comité à reconnaître ce que les patients ont exigé et ce que la Cour d'appel a accordé à la population francophone: le droit de recevoir les soins dans leur langue, maintenant et dans le futur.

Le président suppléant: Je voudrais apporter une précision. Le comité auquel vous vous adressez n'est pas celui qui élaborera le rapport Kirby portant sur le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine des soins de santé. Il s'agit plutôt d'un comité qui a été formé suite à la décision du Sénat d'étudier le rapport «Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français», déposé il y a deux ans. Évidemment, il existe des liens entre les deux, mais le rapport que nous présenterons traitera de la distribution des soins. Actuellement, le comité se penche sur des commentaires en rapport avec ce document, ce qui est quelque peu différent.

Je donne la parole à Mme Suzanne Nicolas, directrice générale du Centre de santé de Saint-Boniface.

Mme Suzanne Nicolas, directrice générale, Centre de santé de Saint-Boniface: Je remercie les membres du comité de me permettre de témoigner. Il y a trois ans, le 2 juillet 1999, la communauté franco-manitobaine a vu naître le Centre de santé de Saint-Boniface. Ce fut un grand jour.

Le Centre de santé Saint-Boniface est le premier centre communautaire francophone au Manitoba. Pour la première fois, on regroupe une équipe de professionnels de soins de santé primaires francophones. Cette équipe a le mandat de desservir la population francophone de la ville de Winnipeg.

Comment la communauté francophone a-t-elle réussi à faire démarrer ce projet? Je crois qu'il y a quelques éléments clés qui doivent être soulevés pour démontrer ce qui peut être accompli lorsqu'une communauté se mobilise et qu'il existe une collaboration étroite entre les partenaires clés. Le point tournant pour la communauté francophone de Winnipeg a suivi l'étude menée en 1994 pour les régions de Saint-Boniface et Saint-Vital. Le résultat de cette étude démontrait clairement la pénurie de services de santé et de services sociaux en français. Il y avait aussi le désir des francophones d'être desservis dans leur langue maternelle.

Par la suite, la communauté francophone s'est mobilisée et a joué un rôle important au sein d'un comité de travail mis sur pied par certains gestionnaires et professionnels de la santé intéressés dans le dossier. Le Collège universitaire de Saint-Boniface, la Société franco-manitobaine et les Sœurs-Grises du Manitoba se sont joints au comité de travail afin de permettre la mise sur pied et la consolidation de l'initiative, permettant ainsi aux milieux francophones de gouverner et gérer les services de soins primaires en français.

Manitoba benefited from the political will of the time to advance the question of health services in French. Despite the Centre's great success, we still face major challenges. In Manitoba, only 4.5 percent of the population is francophone, approximately 50,000 inhabitants. Those people are spread over a vast area, with a core of approximately 25,000 francophones in Saint-Boniface itself.

So it is a perpetual struggle to secure French-language services for our Franco-Manitoban community. The Centre de santé cannot serve the rural francophone population because its mandate limits access to francophones in the City of Winnipeg. It should be noted that many francophones in rural Manitoba want access to the centre's French health services and are prepared to travel hundreds of kilometers to get there. However, the services are not available to them.

Eighty percent of the centre's staff are francophone and 40 percent of those francophones come from across the City of Winnipeg and travel long distances to obtain services in French. Surveys conducted at the centre show that the main reason people go to the centre is to receive services in French.

Once again, the francophones of the City of Winnipeg are viewed as privileged, and the centre is even being accused of discrimination because we can't accept francophones from rural Manitoba. Wouldn't it be possible one day for francophones from rural Manitoba to have access to health and social services in French without being forced to travel very long distances?

Would it not be possible for people from rural areas to have access to the centre's services that can meet some of their needs? We acknowledge that different regions have different needs.

As a result of the provincial government's great openness and privileged treatment of us, we were very pleased to see the centre created. However, very few resources are allocated to promotional and prevention activities, treatment of health problems and reinforcing community capabilities.

I would dare say that we're working miracles with what little we have. And yet we've barely scratched the surface. How can we improve the health of the Franco-Manitoban population and its appropriation of health services when we only have a minimum of resources at our disposal? The centre's experience shows that, if we make the service available and accessible, people will come and will come in large numbers. We have long waiting lists.

Francophones in the Winnipeg area criticized the fact that we can't give priority to francophones since our mandate also calls for us to serve anglophones in the St. Boniface area in an equitable manner.

Le Manitoba a profité de la volonté politique de cette époque afin de faire avancer le dossier des services de santé en français. Malgré le grand succès du Centre, nous continuons de vivre de grands défis. Au Manitoba, seulement 4,5 p. 100 de la population est francophone, c'est-à-dire environ 50 000 personnes. Celles-ci sont réparties en un vaste territoire, et on retrouve un noyau d'environ 25 000 francophones dans le territoire de Saint-Boniface.

C'est donc une lutte perpétuelle que d'assurer des services en français à notre communauté franco-manitobaine. Le Centre de santé ne peut desservir la population francophone rurale car le mandat du Centre limite l'accès aux francophones de la ville de Winnipeg. Il est à noter que beaucoup de francophones du Manitoba rural veulent l'accès aux services de santé en français du Centre et sont prêts à voyager des centaines de kilomètres pour y arriver. Par contre, les services ne leur sont pas disponibles.

Quatre-vingts pour cent du Centre est francophone et 40 p. 100 de ces francophones viennent d'un peu partout dans la ville de Winnipeg et se déplacent sur de longues distances, eux aussi, pour obtenir des services en français. Des sondages effectués au Centre indiquent que la raison principale qui motive la venue de la clientèle est la réception des services en français.

Une fois de plus, les francophones de la ville de Winnipeg sont vus comme étant privilégiés et on accuse même le Centre de discrimination car on ne peut accepter les francophones du Manitoba rural. Ne serait-il pas possible qu'un jour les francophones du Manitoba rural aient accès à des services de santé et des services sociaux en français sans être obligés de voyager de très longues distances?

Ne serait-il pas possible que les gens du secteur rural aient accès aux services du Centre pouvant répondre à certains de leurs besoins? On reconnaît que différentes régions ont différents besoins.

Grâce à la grande ouverture et au traitement privilégié que nous avons reçu du gouvernement provincial, c'est avec grande joie que nous avons vu la création du Centre. Par contre, très peu de ressources sont allouées aux activités de promotion et de prévention, au traitement des problèmes de santé et au renforcement des capacités communautaires.

J'ose dire que l'on fait des merveilles avec le peu que nous avons. Pourtant on touche à peine la surface. Comment peut-on améliorer la santé de la population franco-manitobaine et l'appropriation de la santé par cette population quand nous avons moins qu'un minimum de ressources à notre disposition? L'expérience du Centre démontre que si on rend le service disponible et accessible, les gens viendront et ils viennent en grand nombre. Nous avons de longues listes d'attente.

Les francophones de la région de Winnipeg critiquent le fait que nous ne pouvons pas donner la priorité aux francophones puisque notre mandat nous demande de desservir aussi les anglophones de la région de Saint-Boniface de façon équitable.

We have created expectations in our community, and the community now wants results. It is increasingly demanding health and social services in French, and we are limited in what we can offer them.

We talk a lot about our clientele, the clientele of the centre and others as being recipients of primary care services. However, allow me to focus on the internal clientele, that is to say the employees. All the centre's employees have come to work at the centre in order to have the opportunity to work in French. The place where they are received is not only extremely important for the external clientele, but for the internal clientele as well.

Our employees, our health professionals need a place where work is done in French in order to promote the language among the staff and with the clientele.

We realize that a number of health professionals work in an anglophone environment and that we need to create not only a place where we can bring them together, but also a network of francophone professionals so that they can provide each other with mutual support and continue growing and developing in their work in French.

The Centre de santé is currently self-governed and self-administered. This enables the francophone community to take charge of itself and make decisions that meet the needs of their community. However, I can assure you that this is not an established fact. This fundamental question is being extensively debated. We are a very small core surrounded by a critical mass of anglophones continually attempting to invade and assimilate us.

History clearly shows us that, when health services are governed and administered by anglophones, there is no guarantee that francophones will be served fairly. The only way to ensure continuity of top-quality services in French is for governance and administration to be assumed by and for francophones.

What more do we want in Manitoba? We are a very small francophone health centre which serves a very few francophones in the City of Winnipeg. The Centre is currently self-governed and self-administered. We have managed to recruit a certain number of bilingual professionals. We are able to meet certain needs of the francophone clientele. What more then do we need to deliver health and social services?

We need the federal government's support in making health care accessible to francophones, not only those in Manitoba, but also those living in a minority situation in Canada.

Our provincial governments need to give this question greater priority, and they need the federal government's support to achieve their objectives. Our provincial governments need to agree clearly that the federal government will give priority to the delivery and development of health and social services in French.

Nous avons créé des attentes dans notre communauté et la communauté veut maintenant des résultats. Elle exige de plus en plus des services de santé et des services sociaux en français, et nous sommes limités dans ce que nous pouvons leur offrir.

Nous parlons beaucoup de la clientèle, celle du centre ou d'autres comme étant les individus récipiendaires des services de santé primaire. Permettez-moi toutefois de me pencher sur la clientèle interne, c'est-à-dire les employés. Tous les employés du centre sont venus y travailler pour avoir l'occasion de travailler en français. Le lieu d'accueil est non seulement extrêmement important pour la clientèle externe mais aussi pour la clientèle interne.

Nos employés, nos professionnels de la santé ont besoin d'un lieu d'accueil où le fonctionnement du travail est le français afin de promouvoir la langue parmi le personnel et avec la clientèle.

On reconnaît que plusieurs professionnels de la santé travaillent dans le milieu anglophone et que nous avons besoin de créer non seulement un lieu d'accueil où nous pouvons les regrouper mais un réseau de professionnels francophones afin qu'il puisse s'appuyer mutuellement et continuer de s'épanouir dans leur travail en français.

Le Centre de santé jouit présentement de sa propre gouvernance et de sa propre gérance. Ceci permet à la communauté francophone de se prendre en mains et de prendre les décisions qui répondent aux besoins de leur communauté. Par contre, je vous assure que ceci n'est pas un acquis. Cette question fondamentale est à la base de plusieurs débats. Nous sommes un tout petit noyau entouré d'une masse critique d'anglophones qui cherchent continuellement à nous envahir et à nous assimiler.

L'histoire nous démontre clairement que lorsque les services de santé sont gouvernés et gérés par les anglophones, il n'y a aucune garantie que les francophones seront desservis de façon équitable. La seule façon d'assurer la continuité de services en français de qualité est d'assumer la composante de gouvernance et de gérance par et pour les francophones.

Que voulons-nous de plus au Manitoba? Nous avons un tout petit centre de santé francophone qui dessert très peu de francophones de la ville de Winnipeg. Le Centre a présentement sa propre gouvernance et gérance. Nous avons réussi à recruter un certain nombre de professionnels bilingues. Nous sommes capables de répondre à certains besoins de la clientèle francophone. Qu'avons-nous donc besoin de plus pour la prestation des services de santé et de services sociaux?

Nous avons besoin de l'appui du gouvernement fédéral afin de rendre accessible les soins de santé pour les francophones, non seulement à ceux du Manitoba mais à tous ceux vivant en situation minoritaire au Canada.

Nos gouvernements provinciaux ont besoin de faire de ce dossier une plus grande priorité et ils ont besoin de l'appui du gouvernement fédéral afin d'atteindre leurs objectifs. Nos gouvernements provinciaux ont besoin d'entendre clairement que le gouvernement fédéral va donner la priorité à la prestation et au développement des services de santé et de services sociaux en français.

We who are working and making major efforts to develop strategies, initiatives and action plans, we need a concrete commitment from the provincial government. We need to be reassured that the provincial government will not let us down and push us aside. We need resources to implement the strategy, initiatives and action plans that will improve the health of French-language minority Canadians.

The Acting Chair: It is unfortunate that there are not more people in the room to hear you; you are convincing. A question regarding a detail: Saint-Boniface is part of Winnipeg, is it not?

Ms Nicolas: That's correct.

Dr. Denis Vincent, Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire: I have been a family doctor for 13 years. For 10 years, I worked in the francophone rural area of Peace River, 500 kilometers north of Edmonton, and I have been back in Edmonton for three years. Although Franco-Albertans represent only 2.5 percent of the population of Alberta, there are nevertheless 65,000 of us. As a result of family ties and friendships and contacts in the school and professional spheres, people know each other well.

In Edmonton, for example, francophones really form a village within a city. I have an office with another francophone doctor in the francophone community centre in Edmonton's francophone neighbourhood.

I work in the same neighbourhood where I grew up. I very often care for people who have always been around me, school friends, their families and relatives, my former school teachers, friends of my parents and people from the parish. I meet new arrivals to Alberta, of course, Acadians and Quebecers, but also Africans, French and Belgians. This francophone community is a fascinating one.

In addition, as a result of the energizing impact of French-language schools, the Albertan francophone community has experienced a remarkable renaissance and optimism over the past 15 years.

However, as is the case of many minority cultural communities, when we talk about health, our community perceives itself as being outside the present system. Our participation is not sought out. Our specific needs are not considered. We are told that, if authorities had to concern themselves with the specific characteristics of one group, they would have to do the same thing for all other groups, as though that were a bad thing.

In the recent periods of restructuring and cuts, our health system has become too focused on itself. Attention is fixed on the system's efficiency and rationalization. Care management is centralized. Care is generic and delivered to everyone in the same way. And yet, of course, everyone claims that the health reform should be based on the patient.

Et nous qui travaillons et qui faisons de grands efforts pour développer des stratégies, des initiatives et des plans d'action, nous avons besoin d'un engagement concret du provincial. Nous avons besoin d'être rassurés que le provincial ne va pas nous laisser tomber et nous mettre de côté. Nous avons besoin de ressources afin de mettre en vigueur la stratégie, les initiatives et les plans d'action qui vont améliorer la santé des Canadiens et des Canadiennes d'expression française vivant en situation minoritaire.

Le président suppléant: Il est malheureux qu'il n'y ait pas plus de gens dans la salle pour vous entendre, vous êtes convaincante. Une question de détail: Saint-Boniface fait partie de Winnipeg, n'est-ce pas?

Mme Nicolas: C'est exact.

Le docteur Denis Vincent, Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire: Je suis médecin de famille depuis 13 ans. J'ai travaillé pendant dix ans dans la région rurale francophone de la rivière La Paix, à 500 kilomètres au nord d'Edmonton, et je suis de retour à Edmonton depuis trois ans. Quoique les francophones albertains ne représentent que 2,5 p. 100 de la population albertaine, nous sommes tout de même 65 000 francophones. Les liens de famille et d'amitié, les contacts du milieu scolaire et professionnel font que les gens se connaissent bien.

À Edmonton, par exemple, la francophonie est vraiment un village au sein de la ville. En effet, j'ai mon cabinet avec un autre médecin francophone au centre communautaire francophone au cœur du quartier francophone d'Edmonton.

Je travaille dans le même quartier où j'ai grandi. Je soigne bien souvent des gens qui m'ont toujours entouré, des amis d'école, leur famille, leurs parents, mes anciens professeurs d'école, les amis de mes parents, les gens de la paroisse. Je rencontre de nouveaux arrivés en Alberta, bien sûr, des Acadiens, des Québécois mais aussi des Africains, des Français et des Belges. Cette communauté francophone est fascinante.

De plus, à cause de l'impact énergisant des écoles françaises, la francophonie albertaine connaît une renaissance et un optimisme remarquables ces derniers 15 ans.

Néanmoins, comme c'est le cas de bien d'autres communautés culturelles minoritaires, quand nous parlons de la santé, notre communauté se perçoit à l'extérieur du système actuel. Notre participation n'est pas recherchée. Nos besoins particuliers ne sont pas considérés. On nous dit que si on devait se soucier des particularités d'un groupe, il faudrait faire la même chose pour tous les autres, comme si cela était une mauvaise chose.

Pendant les récentes périodes de restructuration de réductions, notre système de santé est devenu trop axé sur lui-même. L'attention est fixée sur l'efficacité et la rationalisation du système. La gestion des soins est centralisée. Les soins sont génériques et dispensés à tous et à chacun de la même manière. Pourtant, bien sûr, tout le monde prétend que la réforme de la santé devrait être axée sur le patient.

Who supports those patients? Who sees them every day? Who can better understand their family situation, their support network, while still being aware of their culture and language? Who can better help patients take responsibility for themselves, take charge of their own health, support them in the progress they make? It's of course their family, friends, the people in their neighbourhood and their cultural community.

The fact of the matter remains that, outside my office, there are few resources to which I can refer my patients. There is no home care in French, no extended care centre for francophones who are losing their independence, no dietetic service, no program in French for diabetics or cardiac rehabilitation, no prenatal courses, no early childhood intervention program and so on.

In the past two years, I have sat on a minority francophone community advisory committee. Our community can see the growing energy and enthusiasm of francophones outside Quebec for the health sector. Although there is definitely an aspect of claiming minority rights, I contend that the primary motivation is the desire to be able to better help our people, to provide better care to them, with compassion, kindness and respect.

Francophones outside Quebec do not merely want to be recipients of services. We don't just want to be outside the system so that we can receive services. We want to take part in the supply of those services; we want to contribute actively as an integral part of the health system.

We think we can help the health system better achieve its objectives. There is ample evidence that the services provided in the patient's language of choice and in a cultural context are more effective, less costly and result in greater satisfaction for patients and caseworkers. In fact, in our case, who could better help our people than us? That's our challenge. How can we help our people to stay in the best health?

So there is room for a new health resources management model that ensures the minority communities take part, a model based, of course, on patients, but through the communities that support them. This participation is not limited to consultation, but must include the administration and delivery of health care, from networks and primary care clinics to home care and hospitals, from perinatal health to health at school, and from early childhood to long-term care.

I refer again to the example of the human wealth that has blossomed in our communities with the growth and development of French-language education. Today we have thousands of teachers in the francophone and immersion schools. These people are making an invaluable contribution to shaping the Canadian society of the future. All Canadians benefit from this.

For us francophones, the health sector presents an equally exciting challenge. Health represents not only care for our people, but also jobs for our young people, economic strength for our

Qui entoure ce patient? Qui le voit à tous les jours? Qui pourra mieux comprendre son contexte familial, son réseau d'appui, tout en étant conscient de sa culture et de sa langue? Qui pourra mieux aider le patient à se responsabiliser, à prendre en charge sa santé, à l'appuyer dans son cheminement? Ce sera certainement sa famille, ses amis, les gens de son quartier et de sa communauté culturelle.

La réalité demeure qu'à l'extérieur de mon cabinet, il y a peu de ressources vers lesquelles je peux diriger mon patient. Il n'y a pas de soins à domicile en français, aucun centre de soins prolongés pour les francophones en perte d'autonomie, aucun service de diététicienne, aucun programme en français pour les diabétiques, pour la réadaptation cardiaque, aucun cours prénataux, aucuns programmes d'intervention précoce à la petite enfance, et j'en passe.

Depuis deux ans, je participe au comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire. Notre comité constate l'énergie et l'enthousiasme croissants que la francophonie hors Québec dirige vers le secteur de la santé. Quoiqu'il y ait certainement une dimension de revendication des droits des minoritaires, je soutiens que la motivation première est le désir de pouvoir mieux aider nos gens, de mieux les soigner, avec compassion, bonté et respect.

Les francophones hors Québec ne veulent pas seulement être récipiendaires de services. Nous ne voulons pas seulement être à l'extérieur du système pour y puiser des services. Nous voulons participer à l'offrande de ces services, nous voulons contribuer activement en tant que partie intégrale du système de la santé.

Nous croyons pouvoir aider le système de la santé à mieux atteindre ses objectifs. Les preuves abondent pour indiquer que les services offerts dans la langue de choix et dans un contexte culturel sont plus efficaces, moins coûteux et il en résulte un niveau de satisfaction supérieure pour le client aussi bien que pour l'intervenant. Au fait, dans notre cas, qui pourrait mieux aider nos gens que nous-même? C'est notre défi. Comment pouvons-nous aider nos gens à sauvegarder une meilleure santé?

Il y a donc place pour un nouveau modèle de gestion des ressources de la santé qui assure la participation des communautés minoritaires, un modèle axé, bien sûr, sur le patient mais à travers la communauté qui l'entoure. Cette participation ne se limite pas à la consultation, mais doit comprendre la gestion et la prestation des soins de santé, des réseaux et des cliniques de soins primaires aux soins à domicile, jusqu'à l'hôpital, de la santé périnatale à la santé scolaire, et de la petite enfance jusqu'aux soins de longue durée.

Je retiens toujours l'exemple de la richesse humaine qui a fleuri dans nos communautés avec l'épanouissement de l'éducation française. Nous avons aujourd'hui des milliers de professeurs dans les écoles francophones et les écoles d'immersion. Ces gens contribuent d'une manière inestimable à forger la société canadienne du futur. Tous les Canadiens et Canadiennes en sont bénéficiaires.

Pour nous, francophones, le secteur de la santé présente un défi tout aussi excitant. La santé ne représente pas seulement des soins pour nos gens mais aussi des emplois pour notre jeunesse, une

community, a means of integration for new French-speaking Canadians, and a way for our community to grow and develop within a diversified society. We believe that all Canadians will benefit from this project.

The Acting Chair: Do any colleagues wish to put questions to our witnesses?

Senator Pépin has a particular interest in the health field. She was a nurse and was enormously involved in the question of women's health. So it is in a twofold capacity that she will ask you questions.

Senator Pépin: Ms Arsenault, you spoke about primary care and child assessment. This is one of the first times we have heard talk about care that might reach children. You spoke about assessment of a four-year-old child by someone who does not speak that child's language, and about the need for accessibility in this area. You have managed to establish an accessible program for people in your city.

To be able to help and make general recommendations for people who would like to do something in this field, what are the most important things with regard to doctors and social workers? What are the points, the personalities, the people needed in order to start? What minimum do we need to ensure success?

Ms Arsenault: In Prince Edward Island, it is public health nurses who have the role of immunizing children. The nurses go see pregnant women, do prenatal education, then visit them at home once the baby is born and do the two-month, four-month and six-month visits. The nurses thus see all the young children in our community.

In working very closely with other health professionals such as speech therapists, occupational therapists, mental health consultants, nurses are in a much better position to detect the problems that a child might have. It is by working as part of a multidisciplinary team that a person is able to ensure that the assessment tools are adequate.

Senator Pépin: Are they nurse practitioners?

Ms Arsenault: In our case, they are not nurse practitioners. They are public health nurses who, among other things, see to the immunization of children and language assessment.

It is important that all professionals be at the same level, as specialists in each of the fields. We have realized that isolated professionals tend to refer patients to another office, but do not know whether the choice of office they have made is the right one. However, a professional who works very closely with his or her colleagues, becomes much more capable of referring children very early to the appropriate office.

force économique pour notre communauté, une voie d'intégration pour les nouveaux Canadiens francophones, et une voie d'épanouissement pour notre communauté dans une société diversifiée. Nous croyons que tous les Canadiens et Canadiennes seront bénéficiaire de ce projet.

Le président suppléant: Y a-t-il des collègues qui aimeraient poser des questions à nos témoins?

Le sénateur Pépin a un intérêt particulier dans le domaine de la santé. Elle était infirmière et s'est impliquée énormément dans la question de la santé des femmes. C'est donc à double titre qu'elle va vous poser ses questions.

Le sénateur Pépin: Vous avez parlé, madame Arsenault, des soins primaires et de l'évaluation des enfants. C'est une des premières fois qu'on entend parler des soins qui pourraient rejoindre les enfants. Vous parlez de l'évaluation d'un enfant de quatre ans par quelqu'un qui ne parle pas sa langue, et des besoins pour l'accessibilité en ce domaine. Vous avez réussi à établir dans votre ville un programme accessible pour ces gens.

Afin d'être en mesure d'aider et de faire des recommandations générales pour les gens qui aimeraient faire quelque chose dans ce domaine, quelles sont les choses les plus importantes sur le plan des médecins et des travailleurs sociaux? Quels sont les points, les personnages, les gens dont on a besoin pour commencer? Quel minimum nous faut-il pour assurer un succès?

Mme Arsenault:    l'  le-du-Prince-Édouard, ce sont les infirmières en santé publique qui ont le rôle d'immunisation des enfants. L'infirmière va voir la femme enceinte, elle va faire l'éducation prénatale, elle va ensuite faire la visite à domicile lorsque le bébé est n  , la visite de deux mois, quatre mois, six mois. L'infirmière voit donc tous les jeunes enfants dans notre communauté.

En travaillant de très près avec les autres professionnels de la santé, comme l'orthophoniste, l'ergothérapeute, la conseillère en santé mentale, l'infirmière est beaucoup plus en mesure de dépister les problèmes qu'un enfant peut avoir. C'est en travaillant en équipe multidisciplinaire qu'une personne est en mesure de s'assurer que les outils d'évaluation sont adéquats.

Le sénateur Pépin: S'agit-il d'infirmières praticiennes?

Mme Arsenault: Dans notre cas, ce ne sont pas des infirmières praticiennes. Ce sont des infirmières de santé publique qui voient, entre autres,    l'immunisation des enfants et à l'évaluation du langage.

Il est important que tous les professionnels soient au même niveau, à titre de spécialiste dans chacun des domaines. Nous nous sommes rendu compte que les professionnels isolés ont l'habitude de diriger les patients vers un autre bureau, mais ne savent pas si le choix de bureau qu'ils ont fait est le bon. Toutefois, un professionnel qui travaille tout près de ses collègues de travail, devient beaucoup plus apte à diriger l'enfant très tôt à un bureau approprié.

A child may have a speech therapist, for example, from the age of nine months; the same thing is true for twins who have language problems. So we can intervene early, and that's somewhat the beauty of working as part of a multidisciplinary team.

We are also discovering other aspects. For example, we have been able to put an occupational therapy professional on the team. We always want to expand the team. In early childhood, it would be important to have a family doctor, for example, but it's difficult to take the next steps. We can do a lot when we work as a team.

To give you an idea of the impact of professionals who work together, consider the example of a four-year-old girl who spoke with a loud, thick voice. The public health nurse had a lot of trouble understanding her. So she was immediately referred to the speech therapist. An appointment was made within a week. The assessment showed that the girl had a language problem because her parents were divorcing, and the girl had retained a great deal of rage in her voice, as a result of which she had developed large nodules.

We immediately referred her to a mental health consultant, and, in the space of six months, she was no longer being followed by the speech therapist. A year later, she was no longer being followed by the mental health consultant. She would normally have been sent to a doctor, who would have referred her to a surgeon.

So it is important to go to the root cause of the problem.

Senator Pépin: You spoke about a partnership with the school system.

Ms Arsenault: Our centre is concerned with prenatal health: that is with everything concerning sexuality, menopause and pregnancy. We deal with the health of children from birth to six years of age in a school and community health context.

In the school health context, we work very closely with caseworkers and teachers in the school system. We are part of a team and we try to detect problems in children, again as part of a multidisciplinary team with school professionals. We work not only with students, but also with the teaching staff. For example, we organize health clinics for system teachers because, if the teachers aren't well, that's going to affect the quality of teaching.

We also address situations in a comprehensive manner.

Senator Pépin: When I was a young girl, we had health unit nurses who did exactly what you just described. There is probably still a great deal of room for nurses in the field.

Senator Losier-Cool: Congratulations to the Évangéline region.

Un enfant pourrait voir un orthophoniste, par exemple, dès l'âge de neuf mois, la même chose pour des jumeaux qui auront des problèmes de langage. On peut donc faire de l'intervention précoce, et c'est un peu la beauté de travailler en équipe multidisciplinaire.

On découvre également d'autres aspects. Par exemple, on a pu intégrer une professionnelle de l'ergothérapie à l'équipe. On souhaite toujours agrandir l'équipe. Au niveau de la petite enfance, il serait important d'avoir un médecin de famille, par exemple, mais il est difficile de faire les prochains pas. On peut accomplir beaucoup plus lorsqu'on travaille en équipe.

Pour démontrer l'impact de professionnels qui travaillent ensemble, prenons l'exemple d'une belle petite fille de quatre ans qui parlait avec une grosse voix grasse. L'infirmière en santé publique avait beaucoup de difficulté à la comprendre. Elle l'a donc dirigée tout de suite vers l'orthophoniste. En l'espace d'une semaine un rendez-vous a été fixé. L'évaluation a démontré qu'il y avait un abus au niveau du langage chez cette fille parce que ses parents étaient en train de divorcer, et la petite fille gardait beaucoup de rage dans sa voix. Elle a donc développé de gros nodules.

On l'a immédiatement dirigé vers une conseillère en santé mentale, et en l'espace de six mois elle n'était plus suivie par l'orthophoniste. Un an plus tard, elle n'était plus suivie par la conseillère en santé mentale. D'ordinaire on l'aurait envoyée à un médecin, et celui-ci l'aurait dirigé vers un chirurgien.

Il est donc important d'aller au fond du problème.

Le sénateur Pépin: Vous avez parlé d'un partenariat avec le système scolaire.

Mme Arsenault: Notre centre vise la santé prénatale, donc, tout ce qui concerne la sexualité, la ménopause, la grossesse. On traite de la santé des enfants de la naissance à six ans dans le cadre de la santé scolaire et communautaire.

Dans le cadre de la santé scolaire, nous travaillons de très près avec les intervenants et les enseignants du système scolaire. Nous faisons partie d'une équipe et nous tentons de dépister les problèmes au niveau des enfants, toujours en équipe multidisciplinaire avec les professionnels de l'école. Nous travaillons non seulement avec les étudiants mais aussi le personnel enseignant. Par exemple, nous organisons des cliniques de santé pour les enseignants du système, parce que si les enseignants ne sont pas bien, cela va affecter la qualité de l'enseignement.

C'est toujours de façon globale que nous abordons les situations.

Le sénateur Pépin: Lorsque j'étais petite fille, on avait des infirmières de l'unité sanitaire qui faisaient exactement ce que vous venez de décrire. Il reste probablement beaucoup de place pour les infirmières dans ce domaine.

Le sénateur Losier-Cool: Félicitations à la région d'Évangéline.

Where are your staff and all these specialists trained? Can they get training in Prince Edward Island? Are they people from the Evangéline region or from the outside?

Ms Arsenault: There are currently 10 of us on the team, including the occupational therapist, who is part time. Four are from the region. They went to study in Moncton or to Charlottetown to study English. The speech therapist studied off the island, but came back. They worked in the health system, but not together. They often worked in the health system, but people did not know they were francophone. It was really by bringing people together that a core was created. All those who enter the centre can receive health services in French.

Senator Losier-Cool: Provided by people from the region?

Ms Arsenault: Yes, but one day we hope to be able to train people in French in Prince Edward Island.

Senator Pépin: Ms Nicolas, there is something I do not understand very well. You explained how things operated at Saint-Boniface. Why don't rural people have access to your service? Is that a condition set by the government or is it because you cannot afford to provide the services?

Ms Nicolas: It is largely because of the mandate we received from the Department of Health. That mandate is limited to the city. We are called upon to serve a population of 100,000 inhabitants. Of that number, there are approximately 70,000 francophones or French-speaking persons. The department believes that, to be able to serve people from the city and to do it well, they had to limit the clientele to people from the city. That was the mandate. It was in the form of a pilot project for the first three years. We are starting dialogue to see whether we can expand the mandate.

Senator Pépin: Couldn't a team trained by your organization open another centre?

Ms Nicolas: That is definitely part of the discussions we're having. However, our resources are limited. If we spread ourselves too thinly, we'll become ineffective and be unable to provide high-quality service.

Senator Pépin: My next question is for Dr. Vincent. It is interesting to hear that you received your training in French, that you set up outside Edmonton and that you returned there.

It is one thing to attract francophones so that they can receive training in French in the health field, but it's quite another thing to convince them to return and work in their province or city. They may come and study in Ottawa, Sherbrooke and so on, but following training, how do you encourage them to return to their region?

Dr. Vincent: There are two situations in Alberta. There are young people who come from the rural areas, who can't wait to get out of there and never return. And there are young people

Où est formé votre personnel et tous ces spécialistes? Peuvent-ils recevoir une formation à l'Île-du-Prince-Édouard? Est-ce que ce sont plutôt des gens de la région d'Évangéline ou des gens de l'extérieur?

Mme Arsenault: Présentement, dans l'équipe, nous sommes six, y inclus l'ergothérapeute qui est là à temps partiel. Quatre sont originaires de la région. Elles sont allées étudier soit à Moncton ou à Charlottetown pour étudier en anglais. L'orthophoniste, elle, a étudié à l'extérieur mais elle est revenue. Elles travaillaient dans le système de santé, mais elles n'étaient pas regroupées. Souvent, elles travaillaient dans le système de santé, mais les gens ne savaient pas qu'elles étaient francophones. C'est vraiment en regroupant les personnes que cela a créé un noyau. Tous ceux qui entrent au centre savent qu'ils peuvent recevoir des services de santé en français.

Le sénateur Losier-Cool: Par des gens de chez vous?

Mme Arsenault: Oui, mais on souhaite un jour pouvoir former les gens en français à l'Île-du-Prince-Édouard.

Le sénateur Pépin: Madame Nicolas, il y a quelque chose que je ne comprends pas très bien. Vous avez expliqué le fonctionnement à Saint-Boniface. Pourquoi les gens ruraux n'ont-ils pas accès à votre service? Est-ce que c'est une condition posée par le gouvernement ou est-ce parce que vous n'avez pas les moyens de fournir les services?

Mme Nicolas: C'est en grande partie à cause du mandat que nous avons reçu du ministère de la Santé. Ce mandat est limité à la ville. On est appelé à desservir un bassin de population de 100 000 personnes. De ces gens, il y a environ 70 000 personnes francophones ou d'expression française. Le ministère croit que pour être capable de desservir les gens de la ville et de bien le faire, il fallait limiter la clientèle aux gens de la ville. C'était le mandat. C'était sous forme de projet pilote pour les trois premières années. On est en train d'entamer des dialogues pour voir si on peut élargir le mandat.

Le sénateur Pépin: Une équipe, entraînée par votre organisme, ne pourrait-elle pas ouvrir un autre centre?

Mme Nicolas: Cela fait sûrement partie des discussions que nous avons. Par contre, nos ressources sont limitées. Si on s'étend trop, on devient peu efficace et on ne peut rendre des services de qualité.

Le sénateur Pépin: Ma prochaine question s'adresse au Dr. Vincent. Il est intéressant d'entendre que vous avez eu votre formation en français, que vous vous êtes établi à l'extérieur d'Edmonton et que vous y êtes revenu.

C'est une chose d'attirer des francophones à recevoir une formation en français dans le domaine de la santé, mais c'est une toute autre chose de les convaincre de retourner travailler dans leur province ou dans leur ville. Ils peuvent venir étudier à Ottawa, à Sherbrooke, et cetera, mais après leurs études, comment les inciter à retourner dans leur région?

Dr. Vincent: En Alberta, il y a deux situations. Il y a les jeunes qui viennent du milieu rural, qui ont hâte de sortir de là et de ne plus jamais revenir. Et il y a les jeunes qui vivent à Edmonton et

who live in Edmonton for whom it is quite simply easier to live with their parents than to go and study in French in the east, which would cost more money. You have to boost young people's pride and enthusiasm for them to go and study in francophone schools. I see that the francophone school has done a great deal in our community to increase that pride. Our young people are more likely to leave and study, then return and contribute to the community they love.

Senator Pépin: You mean in their region.

Dr. Vincent: Yes, to go home. What limits us are the opportunities for studying in French. It is all well and good to believe that you can go and study in Ottawa, Moncton or Quebec City, but it's not easy if you don't have the opportunity to go home to do work terms and rebuild ties with the community. In that case, you're less likely to go back.

If students could do work terms in their community, it would be even better. I realize that this may not be possible everywhere, but there is potential all across the country, from British Columbia to the Maritimes. If we invest a lot in training, we'll be able to create better opportunities for our young people. For the moment, our choices are limited. It's probably easier to study in English because that's not as expensive. If we want to send young people across the country to do work terms, we must set up a good scholarship and travel program to enable them to travel.

Senator Pépin: The important thing would be to have training in French everywhere.

Dr. Vincent: If you know there is an opportunity to work in French, that's promising. If a young person perceives that professional life will simply happen in English, why would he go study in French?

Senator Pépin: Dr. Joannis, Montfort Hospital is now a jewel, but I'm going to leave the legal questions to Senator Morin. It's an institution that has opened its doors to other francophone communities across the country, and it has been established that French is a constitutional right, like English. This morning, we talked about various institutions in New Brunswick, the University of Sherbrooke and the University of Ottawa, which provide training in French. Do you think there could be other postsecondary institutions that could provide training in French to health professionals? The federal government will definitely be asked to grant other moneys in this field.

Dr. Joannis: That is a very good question. This is important, without a doubt. It also goes back to what Dr. Vincent was saying, not to focus everything on the big city, on Ottawa or on Montfort. It's a problem we're dealing with at the National Training Centre, a federal initiative that provides money for training. You've no doubt already heard about it.

pour qui c'est tout simplement plus facile de rester chez papa et maman que d'aller étudier dans l'Est en français, ce qui coûterait plus cher. Il faut mousser la fierté et l'enthousiasme des jeunes pour qu'ils aillent étudier dans des écoles francophones. Je vois que l'école francophone a fait beaucoup dans notre communauté pour mousser cette fierté. Nos jeunes sont plus aptes à partir étudier pour ensuite revenir contribuer à la communauté qu'ils aiment.

Le sénateur Pépin: Donc chez eux.

Dr Vincent: Oui, revenir chez eux. Ce qui nous limite, ce sont les occasions pour pouvoir étudier en français. C'est beau de croire qu'on peut aller étudier à Ottawa, à Moncton ou au Québec, mais ce n'est pas facile si on n'a pas l'occasion de revenir chez soi faire des stages et refaire des liens avec sa communauté. Dans ce cas, on est moins apte à revenir.

Si on pouvait faire des stages dans son milieu, ce serait toujours mieux. Je réalise que ce n'est peut-être pas possible partout, mais il y a du potentiel partout à travers le pays, de la Colombie-Britannique aux Maritimes. Si on investit beaucoup dans la formation, on sera capable de créer des occasions plus fructueuses pour nos jeunes. À l'heure actuelle, nos choix sont limités. C'est probablement plus facile d'étudier en anglais parce que cela ne coûte pas aussi cher. Si on veut déplacer les jeunes à travers le pays pour faire des stages, il faut mettre sur pied un bon programme de bourses et de déplacements pour leur permettre de voyager.

Le sénateur Pépin: L'important serait d'avoir de la formation en français partout.

Dr Vincent: Si on sait qu'il y a une possibilité de travailler en français, c'est intéressant. Si un jeune perçoit que la vie professionnelle sera tout simplement en anglais, pourquoi irait-il étudier en français?

Le sénateur Pépin: Docteur Joannis, l'Hôpital Montfort est maintenant un joyau, mais je vais laisser les questions de droit au sénateur Morin. C'est une institution qui a ouvert ses portes à d'autres communautés francophones à travers le pays, et cela a été établi que le français est un droit constitutionnel, tout comme l'anglais. Ce matin, on a parlé de différentes institutions au Nouveau-Brunswick, de l'Université de Sherbrooke et de l'Université d'Ottawa qui donnent de la formation en français. Pensez-vous qu'il pourrait y avoir d'autres établissements postsecondaires qui pourraient donner une formation en français aux professionnels de la santé? Le gouvernement fédéral sera sûrement appelé à octroyer d'autres sommes d'argent dans ce domaine.

Dr Joannis: La question est très bonne. Il n'y a pas de doute que c'est important. Cela revient aussi à ce que le Dr Vincent disait, de ne pas tout centrer sur la grande ville, sur Ottawa ou sur Montfort. C'est un problème auquel on fait face sur le plan du Centre national de formation, une initiative fédérale qui donne de l'argent pour la formation. Vous en avez sûrement déjà entendu parler.

The problems Dr. Vincent has raised are really very important. First, how to kindle the interest of young francophones, who traditionally have not contemplated the possibility of being a doctor or nurse? What's a nurse practitioner? We don't know. The National Centre's first mandate is to raise interest. That's the kind of thing that's already being done at the University of Ottawa through the Bureau des affaires francophones. I'm talking about medicine.

Second, we have to see how we can train young people in French in a non-francophone environment. That's very difficult. That's why we have chosen to concentrate a large number of activities in Ottawa, for example. We would like to do more in Saint-Boniface; we're already doing a lot in Moncton.

However, if we take young people out of their communities, first of all, it's costly and, second, how do you get them to go back? The solution is to make sure they do a lot of work terms in their home community. We partly addressed the problem through telesupervision. It's all well and good to send people to their villages, but you also have to control the quality of instruction.

It's becoming mandatory to telesupervise not only the students, but also the preceptor.

Distance training is an important component. However, if you put people in Montfort to train them, there is a shortage of patients and teachers. I believe we've tried to develop non-traditional francophone training environments. I'll speak from personal experience. With my partner, a nurse practitioner, in "cooperative" practice, at a long-term care residence, we train a number of disciplines at the same time. We have students, family medicine residents, nurse practitioner students and nursing students, all francophones, some of whom are at a 200-bed long-term care residence at the University of Ottawa and others at the Cité collégiale. It's the kind of thing that must be studied, non-traditional training environments. We have a geriatric population that is entirely suited to being approached by students, and we're doing "cooperative" training in the same way we take care of patients. That's understood. For example, patient approach training, taking personal histories, is still better done by a nurse practitioner than by a doctor, even a family doctor with 30 years' experience.

This type of approach is very important because we have so few teaching resources that we have to maximize the way in which all these people are used. I'm a doctor, but that doesn't mean that I won't be training in physiotherapy tomorrow.

It is important for francophones to aim for a new teaching model and to really stress the multidisciplinary side. If these young people return to their communities, they won't have the full range of francophone participants. Perhaps there will be a francophone occupational therapist. If there isn't, the doctor or nurse practitioner will have to take care of that. They'll have to be more flexible than our anglophone colleagues.

Les problèmes que le Dr Vincent soulève sont vraiment très importants. Premièrement, comment susciter l'intérêt des jeunes francophones qui, traditionnellement, n'entrevoient pas la possibilité d'être médecin-infirmière? Infirmière praticienne, c'est quoi? Ils ne savent pas. Le premier mandat du centre national est de susciter l'intérêt. C'est le genre de choses qui se fait déjà à l'Université d'Ottawa par le biais du Bureau des affaires francophones. Je parle de médecine.

Deuxièmement, il faut voir comment on peut former des jeunes en français dans un milieu non francophone. C'est très difficile. C'est pourquoi on a choisi de centrer bon nombre des activités à Ottawa, par exemple. On voudrait en faire plus à Saint-Boniface, on en fait déjà énormément à Moncton.

Par contre, si on sort le jeune de sa communauté, d'abord, cela coûte cher et ensuite, comment le faire revenir? La solution est de s'assurer que beaucoup de stages se feront dans sa communauté d'origine. On a partiellement pallié le problème avec la supervision à distance. C'est bien d'envoyer des gens dans leur patelin, mais il faut aussi assurer la qualité de l'enseignement.

Il devient obligatoire de faire une supervision non seulement de l'étudiant mais aussi du précepteur à distance.

La formation à distance est un volet important. Par contre, si on met des gens à Montfort pour faire leur formation, on manque de patients et d'enseignants. Je crois qu'on a tenté de développer des milieux francophones de formation non traditionnelle. Je parlerai d'expérience personnelle. Avec ma collaboratrice, une infirmière praticienne, en pratique «collaborative», dans une résidence de soins à long terme, nous faisons la formation de plusieurs disciplines en même temps. Nous avons des étudiants, des résidents en médecine familiale, des étudiantes infirmières praticiennes et des étudiantes infirmières, tous francophones, en partie dans une résidence de soins à long terme de 200 lits à l'Université d'Ottawa et en partie à la Cité collégiale. C'est le genre de choses qu'il faut étudier, les milieux de formation non traditionnels. On a une population gériatrique tout à fait apte à être approchée par des étudiants, et on fait la formation «collaborative» de la même façon qu'on soigne les patients. C'est sous-entendu. Par exemple, la formation de l'approche au patient, la prise de l'histoire «lamennaise», se fait encore mieux par une infirmière praticienne que par un médecin, même un médecin de famille qui a 30 ans d'expérience.

Ce genre d'approche est très important, parce qu'on a tellement peu de ressources enseignantes qu'il faut maximiser l'utilisation de tout ce monde. Parce que je suis médecin, cela ne veut pas dire que demain, je ne ferai pas une formation en physiothérapie.

Pour les francophones, il est important de viser un nouveau modèle d'enseignement et de vraiment mettre l'accent le multidisciplinaire. Si ces jeunes retournent en communauté, ils n'auront pas la pleine gamme des participants francophones. Il y aura peut-être un ergothérapeute francophone. S'il n'y en a pas, c'est le médecin ou l'infirmière praticienne qui devra s'en occuper. Il faut être plus souple que nos collègues anglophones.

Senator Losier-Cool: The witnesses we heard this morning advocated a certain health program similar to that which exists in the official languages and education program. I'm thinking of the Centre communautaire Évangéline and the one you spoke of in Saint-Boniface. Dr. Vincent, you are no doubt aware of other centres currently in existence. If a new federal program were established, would you be afraid a certain amount of your independence was being taken away or would that supplement your work? What are your impressions regarding the recommendation that there be a number of francophone groups?

Ms Arsenault: I entirely agree with that approach. That will take away nothing from the health centre. We are prepared to react. We're currently serving part of our population. We're not touching the whole question of home care of the elderly. We have a building that is 34 feet by 50 feet.

This kind of program can get us moving. When we started talking about the advisory committee's report, the province got interested in it, as did the federal Deputy Minister of Health. They want to sit down at the table and talk with francophones. It is important that this dynamic process continue. Every time the federal government makes a decision, the province tends to want to move more quickly. That works very much to our advantage in the communities. The community is ready. We are serving only part of the population. Francophones in Charlottetown don't have the same services as people in the Évangéline region. Mr. Romanow's visit may have caused a little bit of jealousy. People contend that francophones cannot have better service than anglophones. We do not have better service; we are doing things differently. Service is delivered in a different way, based on people's needs. This kind of program would help a great deal.

We are highly disadvantaged with regard to health. I believe we won't have to fight for services and that programs will soon be put in place to enable us to move forward and answer people's health questions.

Senator Losier-Cool: Do you feel that the government of Prince Edward Island shows a political will to work with the federal government?

Ms Arsenault: And the community?

Senator Losier-Cool: At all levels. This morning we heard representatives from various provinces, but those from Prince Edward Island were not there.

Ms Arsenault: The province has already opened discussions. We have already prepared a frame of reference. A network will be established between government representatives and each of the health administrative regions, people from the Health Department, people from the community, from the education system and from the postsecondary education system who handle training. They are interested in the advisory committee's document and recommendation.

Le sénateur Losier-Cool: Les témoins que nous avons entendus ce matin préconisent un certain programme de santé similaire à celui qui existe dans le programme des langues officielles en enseignement ou en éducation. Je pense au Centre communautaire Évangéline et à celui dont vous nous avez parlé de Saint-Boniface. Docteur Vincent, vous êtes certainement conscient de d'autres centres qui existent actuellement. Si un nouveau programme fédéral était mis sur pied, craindriez-vous qu'on vous enlève une certaine autonomie ou est-ce que cela complèterait votre travail? Quelles sont vos impressions concernant la recommandation d'avoir plusieurs groupes francophones?

Mme Arsenault: Je suis totalement d'accord avec cette approche. Cela n'enlèvera rien au centre de santé. Nous sommes prêts à réagir. Présentement, nous desservons une partie de notre population. Toute la question des soins à domicile, des personnes âgées, nous n'y touchons pas. Nous avons un édifice de 34 pieds par 50.

Ce genre de programme pourra nous mettre le vent dans les voiles. Lorsqu'on a commencé à parler du rapport du comité consultatif, la province s'y est intéressée, de même que le sous-ministre de la Santé du gouvernement fédéral. Ils veulent s'asseoir à la table et parler avec les francophones. Il est important que ce dynamisme continue. Chaque fois qu'une décision est prise par le gouvernement fédéral, la province a tendance à vouloir bouger plus vite. Cela nous avantage grandement dans nos communautés. La communauté est prête. On dessert seulement une partie de la population. Les francophones à Charlottetown n'ont pas les mêmes services que les gens de la région Évangéline. La visite de M. Romanow a peut-être causé un peu de jalousie. Les gens soutiennent que les francophones ne peuvent pas avoir un meilleur service que les anglophones. On n'a pas un meilleur service, on fait les choses différemment. Le service est livré d'une façon différente, basé sur les besoins des gens. Ce genre de programme aiderait grandement.

Nous sommes très défavorisés et au niveau de la santé. J'espère que nous n'aurons pas à nous battre pour des services et que des programmes seront mis en place rapidement pour nous permettre d'aller de l'avant et de répondre aux questions de santé des gens.

Le sénateur Losier-Cool: Considérez qu'à l'Île-du-Prince-Édouard, le gouvernement manifeste une volonté politique de travailler avec le gouvernement fédéral?

Mme Arsenault: Et la communauté?

Le sénateur Losier-Cool: À tous les paliers. Ce matin, nous avons entendu des représentants de différentes provinces mais ceux de l'Île-du-Prince-Édouard n'y étaient pas.

Mme Arsenault: La province a déjà engagé des discussions. On a déjà préparé un cadre référence. Un réseau serait établi entre les représentants du gouvernement et chacune des régions administratives de la santé, des gens du département de la santé, des gens de la communauté, du milieu de l'éducation et de l'éducation postsecondaire qui s'occupent de la formation. Le document et la recommandation du comité consultatif les intéressent.

Senator Pépin: The report will be published by the end of September.

Senator Losier-Cool: Dr. Vincent, would you say that there is that same political will in Alberta?

Dr. Vincent: Yes, absolutely. When I was in the Peace River region, through Heritage Canada, we signed a 50/50 cooperation agreement with the Department of Health and Heritage Canada for a French-language health project in Peace River. We spent a great deal of time negotiating because we didn't know how it would work. It's still working. If managers can find effective ways to do things and to allocate funds, francophones will be ready. If there were a program, francophones would no longer be beggars who come with their pockets empty asking for services. We would have funds to get them ourselves, and health authorities would be prepared to offer them if we were prepared to pay our share. Partnerships could work. Anglophones are not opposed to francophones. They have to manage a big system. There have been cuts left and right. If we showed up with solutions rather than problems, they would be more open.

Ms Nicolas: I would like to emphasize that the federal government has not just been parachuted into the provinces without consultation or communication. Exactly the opposite. The federal government offers certain funds for initiatives, and that's always done through dialogue with the province and the community. We are very much involved, very much aware of those funds. In Manitoba, we are mobilizing as a community to gain access to those funds. The federal initiatives are very important for us. Our provincial government is very open and prepared to take action.

Senator Léger: My breath has been taken away. This afternoon, you mentioned the words "initiative" and "dialogue." Not once did I hear that it was the federal government's fault or, vice versa, that it was the provincial government's fault.

Community development must be done from the bottom up. That's the only way to do it, to arrive at the top. Montfort Hospital has served as a model and it has been copied in Moncton for the George-Dumont Hospital.

Ms Nicolas mentioned the words "by and for francophones," as though that were natural. You say that no one is against it and you request the federal government's support and commitment. Dr. Vincent spoke about the emphasis that is placed on efficiency rather than on the patient. There is growing enthusiasm; that's what I've sensed in the testimony this afternoon.

Senator Pépin: When we talk about home care, we often talk about palliative care. Someone said that there was no accessible care in French in a number of regions. They say you should be able to die in your language. Do you see any solution?

Le sénateur Pépin: Le rapport paraîtra d'ici la fin septembre.

Le sénateur Losier-Cool: Docteur Vincent, diriez-vous qu'il y a cette même volonté politique en Alberta?

Dr. Vincent: Oui, absolument. Quand j'étais dans la région de la rivière de La Paix, par l'entremise de Patrimoine Canada, on avait signé une collaboration 50/50 avec le ministère de la Santé et Patrimoine Canada pour un projet de santé en français à la rivière de La Paix. On avait mis beaucoup de temps à négocier parce qu'on ne savait pas comment cela fonctionnait. Cela fonctionne toujours. Si les gestionnaires peuvent trouver des façons de faire efficaces et d'allouer des fonds, les francophones sont prêts. S'il existait un programme, les francophones ne seraient plus des quêteurs qui arrivent les poches vides pour demander des services. Nous aurions des fonds pour nous les procurer, et les autorités de la santé seraient prêtes à les offrir si nous étions prêts à payer notre part. Les partenariats pourraient fonctionner. Les anglophones ne sont pas contre les francophones. Ils doivent gérer un gros système. Il y a eu des restrictions à droite et à gauche. Si on arrivait avec des solutions plutôt qu'avec des problèmes, ils seraient bien ouverts.

Mme Nicolas: J'aimerais souligner que le gouvernement fédéral ne vient pas d'être parachuté dans les provinces sans consultation et sans communication. C'est tout à fait l'inverse. Le fédéral offre certains fonds pour passer à des initiatives, et c'est toujours fait en dialogue avec la province et la communauté. On est très impliqué, très au courant de ces fonds. Au Manitoba, nous sommes en train de nous mobiliser comme communauté pour avoir accès à ces fonds. Les initiatives du fédéral sont pour nous très importantes. Notre gouvernement provincial est très ouvert et très prêt à passer à l'action.

Le sénateur Léger: J'ai comme le souffle coupé. Cet après-midi vous avez mentionné les mots «initiative» et «dialogue». Je n'ai pas entendu une fois que c'était la faute du gouvernement fédéral ou, vice-versa, que c'était la faute du gouvernement provincial.

Le développement communautaire doit se faire du bas vers le haut. C'est la seule façon de le faire, d'arriver en haut. L'Hôpital Montfort a servi de modèle et à Moncton, on a l'a copié pour l'Hôpital George-Dumont.

Mme Nicolas a mentionné les mots «par et pour les francophones», comme si c'était naturel. Vous dites que personne n'est contre et vous demandez l'appui et l'engagement du gouvernement fédéral. M. Vincent a parlé de l'accent qui est mis sur l'efficacité plutôt que sur le patient. L'enthousiasme est croissant, c'est ce que j'ai senti avec les témoignages de cet après-midi.

Le sénateur Pépin: Lorsqu'on parle des soins à domicile, on parle souvent de soins palliatifs. Quelqu'un a dit que, dans plusieurs régions, il n'y avait pas de soins accessibles en français. On dit qu'il faut pouvoir mourir dans notre langue. Voyez-vous un débouché?

Apart from the money question, is there a door no one has knocked on? I sat on the Senate Special Committee on Palliative Care. The government is committed, but it is still difficult in certain regions. When we say there is no home care, that means there is no palliative care and people cannot die at home.

Ms Arsenault: Precisely, we see people who receive palliative care and who say that the health workers are all anglophones. Some people even say they are required to pray in English. That really shows just how important the home care question is. And yet very little funding is allocated to community care.

Francophones should have levers to enable them to enjoy palliative care in their mother tongue. That wouldn't be something the province would finance right away — at least not for francophones — since funding that care for anglophones is already difficult.

Let's not forget that there is the entire question of the \$250-million transition fund. And we're part of that population.

Dr. Vincent: In Edmonton, we're talking about establishing an extended care centre. Because there are a few of us, we know we have to consider innovative solutions, find new models, and we're discussing palliative and home care.

What would prevent home care from being provided from an extended care centre? You also have to think about integrating funeral services at the extended care centre. When we can propose these kinds of solutions, managers are surprised because they have never seen this before. This clearly shows how important it is to give our opinion because we too can come up with good solutions.

Ms Nicolas: There are other very creative options in the area of technology which could enable us to provide home care, palliative or other kinds of care. For example, the Centre de santé de Saint-Boniface is in partnership with the CLSC d'Orléans in Quebec City. We're going to move on to the tele-home-care experimentation phase. That will promote the francophone clientele and put telecare tools at their disposal, at home. Data will be transmitted electronically to home care recipients.

We may not be able to reach an isolated region and to have francophones serving that clientele. However, we can have a francophone service provider who can sit in front of a screen and assess a client who may be 400 kilometers away. This highly innovative project is the first major project in the tele-home-care field in Canada. It must be said that IPOLC has given us a great deal of help in enabling Manitoba to take part in the project.

We have opportunities to maintain partnership relations with people from Quebec and Moncton. A francophone call centre would also be an option. I believe the ideas are there, the strategy

À part la question des fonds, y a-t-il une porte à laquelle on n'a pas frappé? J'ai siégé au Comité spécial du Sénat sur les soins palliatifs. Le gouvernement s'engage, mais dans certaines régions, l'engagement demeure difficile. Lorsqu'on dit qu'il n'existe pas de soins à domicile, c'est qu'il n'existe pas de soins palliatifs et les gens ne peuvent pas mourir chez eux.

Mme Arsenault: Justement, on voit des personnes qui reçoivent des soins palliatifs et qui disent que les intervenants en santé sont tous anglophones. Certaines personnes disent même qu'elles sont obligées de prier en anglais. Cela démontre véritablement toute l'importance de la question des soins à domicile. Pourtant, très peu de fonds sont alloués aux soins communautaires.

Les francophones devraient bénéficier de leviers leur permettant de bénéficier de soins palliatifs dans leur langue maternelle. Ce ne serait pas quelque chose que la province financerait tout de suite — du moins, pas pour les francophones — puisque financer ces soins pour les anglophones présente déjà une difficulté.

N'oublions pas qu'il y a toute la question du fonds de transition de 250 millions de dollars. Et nous, nous faisons partie de cette population.

Dr Vincent: À Edmonton, on parle de mettre sur pied un centre de soins prolongés. Parce qu'on est en petit nombre, on sait qu'on doit envisager des solutions novatrices, trouver de nouveaux modèles, et on discute des soins palliatifs et à domicile.

Qu'est-ce qui empêcherait que des soins à domicile puissent émaner d'un centre de soins prolongés? Il faudrait aussi penser à intégrer des services funéraires dans ce centre de soins prolongés. Lorsqu'on en arrive à proposer de telles solutions, les gestionnaires sont surpris car ils n'ont jamais vu cela auparavant. Cela démontre bien l'importance donner notre opinion parce nous pouvons, nous aussi, trouver de bonnes solutions.

Mme Nicolas: Il y a d'autres options très créatives au niveau de la technologie qui pourraient nous permettre de rendre des soins à domicile, qu'il s'agisse de soins palliatifs ou autres. Par exemple, le Centre de santé de Saint-Boniface est en partenariat avec le CLSC d'Orléans à Québec. Nous allons passer au stade d'expérimentation de télésoins à domicile. Cela favorisera la clientèle francophone et on mettra à leur disposition, à domicile, des outils de télésoins. Les données seront transmises électroniquement à un prestataire de soins à domicile.

Nous ne sommes peut-être pas en mesure de rejoindre une région éloignée et d'avoir des francophones qui desservent cette clientèle. Par contre, nous pouvons avoir un prestataire francophone qui, devant l'écran, fera l'évaluation du client qui est peut-être à 400 kilomètres. Ce projet, très novateur, est le premier projet d'envergure dans le domaine des télésoins à domicile au Canada. Il faut dire que PICLO nous a grandement aidés pour faire en sorte que le Manitoba puisse participer au projet.

Nous avons des occasions d'entretenir des relations partenariales avec des gens du Québec et de Moncton. Un centre d'appel francophone serait aussi une option. Je pense que

is in place, and we have to take advantage of this and continue to move forward. I also believe that technology is to a large degree the answer.

The Acting Chair: I would like to emphasize that the CLSC Orléans project was funded by the federal government. And one of the conditions of federal funding was that assistance be provided to the francophone communities outside Quebec. That initiative deserves to be singled out.

I got interested in the project and I'm pleased to see that the initiative of helping the francophone communities outside Quebec is beginning to produce results.

Ms Nicolas: The \$80 million comes from the Canadian Health Info-Structure project.

Senator Pépin: Once a year, we update all the recommendations and check to see how they are being implemented. We also look at where new technology stands in the field because that's important. Do you have anything to add on that point?

Dr. Joannis: No, not really. Instead I'd like to come back to the fact that we need to be innovative. As Dr. Vincent said, we have to find specific answers adapted to our society, to our culture and to our resources. It's not always necessarily in a major city that we'll find answers, and it's not always doctors who can dictate the solutions.

Senator Pépin: You need to be very resourceful.

[English]

Senator Keon: Dr. Vincent and Ms Nicolas, how successful have you been in establishing networks in the hospital system, in the chronic care system and so forth? I make contacts with French nurses and French doctors who can care for unilingual francophones.

Dr. Vincent: When I went back to Edmonton, I set up my office in the francophone community. I figured it was a start. At one point we will get a network of services. It has helped.

I have privileges at the Grey Nuns Hospital & Health Centre. I am known to be a French-speaking doctor, so when specialists want to refer patients to a French-speaking doctor, they refer them to me.

I have had trouble getting other services in French. In Edmonton, there are three psychiatrists, three orthopaedic specialists and a couple of cardiologists who all speak French. I know personally a number of colleagues with whom I can work and who receive my patients readily.

I have trouble with the paramedical services. There are two French-speaking nurses who offer prenatal courses in Edmonton. However, given the way the system is organized, they do not have the budget to teach prenatal courses in French. In the past year, I

les idées sont là, les stratégies en place et il faut tirer profit de ceci et de continuer d'avancer. Je crois aussi que la réponse se trouve, en grande partie, au niveau de la technologie.

Le président suppléant: J'aimerais souligner que le projet de CLSC Orléans été financé par le gouvernement fédéral. Et l'une des conditions du financement fédéral était l'aide aux communautés francophones hors-Québec. Cette initiative mérite d'être soulignée.

Je m'étais intéressé à ce projet et je suis content de voir que l'initiative d'aider les communautés francophones hors-Québec commence à porter fruits.

Mme Nicolas: Le 80 millions de dollars vient du projet d'info-structure canadienne en santé.

Le sénateur Pépin: Une fois par année, on procède à la mise à jour de toutes les recommandations et on vérifie l'évolution de leur application. On regarde aussi où en est la nouvelle technologie dans le domaine, car cela est important. Avez-vous quelque chose à ajouter à ce sujet?

Dr Joannis: Non, pas vraiment. J'aimerais plutôt revenir sur le fait qu'on a besoin d'être novateurs. Comme l'a dit M. Vincent, il faut trouver des réponses particulières adaptées à notre société, à notre culture et à nos ressources. Ce n'est pas nécessairement toujours dans une grande ville qu'on va trouver des réponses, et ce ne sont pas toujours les médecins qui seront capables de dicter les solutions.

Le sénateur Pépin: Il faut beaucoup de débrouillardise.

[Traduction]

Le sénateur Keon: Docteur Vincent et madame Nicolas, avez-vous réussi à établir des réseaux dans le système hospitalier, dans le système de soins aux malades chroniques et ainsi de suite? J'établis des contacts avec des infirmières et des médecins d'expression française qui peuvent traiter les francophones unilingues.

Dr Vincent: Lorsque je suis retourné à Edmonton, j'ai installé mon cabinet au sein de la communauté francophone. J'estimais que c'était un bon point de départ; avec le temps, nous finirions bien par avoir un réseau de services. Et cela a aidé.

Je bénéficie de certains droits au Grey Nuns Hospital & Health Centre. Je suis connu comme le médecin qui parle français et lorsque des spécialistes veulent adresser leurs patients à un médecin francophone, c'est à moi qu'ils les adressent.

J'ai eu de la difficulté à obtenir d'autres services en français. À Edmonton, il y a trois psychiatres, trois orthopédistes et quelques cardiologues qui parlent français. Je connais personnellement un certain nombre de collègues avec qui je peux travailler et qui acceptent de recevoir mes patients sans difficulté.

J'éprouve des difficultés avec les services paramédicaux. Il y a deux infirmières d'expression française qui offrent des cours prénataux à Edmonton. Toutefois, à cause de la façon dont le système fonctionne, elles n'ont pas de budget pour donner des

had eight franco-dominant mothers who have not been able to get any prenatal courses. It is a glitch in the system, and we can find a way to make it work.

Home care has been centralized to the point where a different home care nurse calls me each time. I never see them. None of them speak French, although I know there is a francophone who works at the other end of the city. It is a big nebulous system, and we cannot get in touch with each other easily.

Among physicians, I can usually get services from colleagues. However, I have had much difficulty in the rest of the health care system.

Ms Nicolas: Our physicians must have admission privileges to the facility that has been designated to offer services in the French language. They have admitting privileges. These physicians follow through with their clients as they are admitted to hospital. That provides continuity.

St. Boniface General Hospital has 4,000 employees, 10 per cent of whom are French speaking. A great majority of them are found in support services. It becomes problematic to have hands-on care at the patient level in French, although there has been improvement.

With respect to long-term care, we do not have much of a partnership in terms of direct client services, but we do have a support services partnership in the areas of finance, payroll and human resources, for example.

As Dr. Vincent has mentioned, home care is problematic. There are about 2,000 employees in home care. It is a centralized program. It is extremely difficult to access French-speaking providers to provide the continuity of services. We have established partnerships, but many times we must communicate in English and our clients must receive services in English.

Senator Keon: Given my experience in Ottawa, I feel that this is a more powerful force than anything else we can do bureaucratically. The doctors develop a network and they develop knowledge of who can provide a francophone service. They use that network, and it really works quite well in many cases.

Recently a document came out by Michael Decter dealing with the tremendous shortage of nurses presently in Canada. When I read it a couple of days ago, I noticed that there was nothing in it about the French problem. I am sure that was just oversight.

This is an opportunity. If incentives could be offered to young people choosing the nursing profession that would allow them to deliver francophone services when they graduate, it might assist them. In addition, if they knew where the opportunities were — for example, in Edmonton or Winnipeg — they could target them.

cours prénataux en français. Au cours de la dernière année, huit mères dont la langue était le français n'ont pu recevoir de cours prénataux. On peut parler de raté du système et je crois qu'il y a moyen de corriger la situation.

Les soins à domicile ont été centralisés au point où je parle à une infirmière différente chaque fois que je communique avec ce service. Je ne vois jamais ces infirmières. Aucune d'entre elles ne parle français, bien que je sache qu'il y a une francophone qui travaille à l'autre extrémité de la ville. Il s'agit d'un gros système un peu nébuleux et les contacts ne sont pas faciles.

Pour ce qui est des médecins, je peux habituellement obtenir des services de mes collègues. Cependant, j'éprouve des difficultés avec le reste du système de soins de santé.

Mme Nicolas: Nos médecins doivent avoir des droits d'admission dans l'établissement désigné pour offrir des services en langue française. Ils ont des droits d'admission. Ces médecins suivent les patients après leur admission à l'hôpital. Cela assure la continuité.

L'Hôpital général de Saint-Boniface compte 4 000 employés, dont 10 p. 100 parlent français. On retrouve la grande majorité de ces employés dans les services de soutien. Il devient difficile d'obtenir des soins pratiques au niveau des patients en français, bien qu'il y ait eu une amélioration à ce chapitre.

Dans le cas des soins de longue durée, il n'existe pas de véritable partenariat pour les services directs aux clients, mais nous avons un partenariat pour ce qui est des services de soutien comme les finances, la paie et les ressources humaines.

Comme l'a dit le Dr Vincent, les soins à domicile posent un problème. On compte environ 2 000 employés dans ce service et il s'agit d'un programme centralisé. Il est extrêmement difficile d'accéder à des fournisseurs de soins de santé en français pour assurer la continuité des services. Nous avons établi des partenariats, mais bien souvent il faut communiquer en anglais et nos clients reçoivent les services en anglais.

Le sénateur Keon: Si je me fie à l'expérience que j'ai vécue à Ottawa, j'estime qu'il s'agit là d'un moyen plus efficace que n'importe quelle mesure que nous pourrions adopter au plan bureaucratique. Les médecins tissent un réseau et finissent par savoir qui peut fournir un service à des francophones. Ils ont recours à ce réseau et cela fonctionne très bien dans nombre de cas.

Récemment, un document a été publié par Michael Decter sur la grave pénurie d'infirmières qui sévit actuellement au Canada. Lorsque j'ai lu ce document il y a quelques jours, j'ai constaté qu'il n'y avait rien au sujet du problème que vivent les francophones. Je suis sûr qu'il ne s'agit là que d'une méprise.

Il s'agit d'une occasion. Si nous pouvions offrir aux jeunes qui choisissent de faire carrière dans les soins infirmiers des incitatifs qui leur permettraient d'offrir des services en français une fois leurs études terminées, cela pourrait les aider. De plus, s'ils savaient où se trouvent les possibilités d'emploi — par exemple, à Edmonton ou à Winnipeg —, ils pourraient cibler ces endroits.

Do you think that be would be a worthwhile endeavour? If you do, I would encourage you to make representations in that regard, and we could too, perhaps.

Dr. Vincent: There is a crying shortage of nurses, and we know it. There is a lot of potential for opening up programs across the country.

In Edmonton, the Dean of Faculté Saint-Jean is very interested in this matter. She has been looking at ways to open up a nursing program in Edmonton.

We always have trouble dealing with our university because it is new territory and people are afraid of change. We know that there will be a big peanut scramble when we put up all of these positions for nursing students.

We would like to participate in training and teaching nurses as well. The consortium of post-secondary institutions across the country would be ready.

We are worried about the timing and missing our chance to open up programs. We would be ready to have nursing students in Edmonton.

Ms Nicolas: We are extremely privileged in Winnipeg in that we are in our second year of an RN program in partnership with University of Ottawa. That program is being offered in French at the Collège universitaire de Saint-Boniface. The first class had 18 or 20 people enrolled. The last I heard, 30 were enrolled for the September class.

There is definitely an interest. Again, if we provide the service, the French-speaking people will come. It is definitely worth pursuing.

Dr. Joanisse: We must stimulate the interest and not rip these people out of their home towns, especially francophones. At a time when there is a shortage of nurses, what are the chances that we would attract a nurse from the city, train her in French and then have her go to a small community outside of where she was born to practice in French? The chances are not great.

Therefore, it is back to that which Dr. Vincent said in his presentation. We must get potential nurses from their community, where they are most likely to return, and somehow train them in French and maintain that attachment to whence they came. It is not easy, especially when it is a buyers' market.

My thing is non-traditional teaching. The distance-learning program that Ms Nicolas mentioned is through the national training centre. It is distance teaching by a consortium of two or three institutions, one being in Manitoba and the other in Ottawa. Laurentian in Sudbury is also part of it.

Pensez-vous qu'il s'agirait là d'une entreprise valable? Si oui, je vous invite à faire des représentations à cet égard, et je crois que nous aussi pourrions probablement en faire.

Dr Vincent: La pénurie d'infirmières est criante et nous le savons. Il y a amplement de place pour créer des programmes de formation partout au pays.

À Edmonton, la doyenne de la Faculté Saint-Jean s'intéresse beaucoup à cette question. Elle examine la possibilité d'ouvrir un programme de soins infirmiers à Edmonton.

Nous avons toujours beaucoup de difficulté à traiter avec notre université parce qu'il s'agit de sortir des sentiers battus et que les gens ont peur du changement. Nous savons qu'il y aura une ruée lorsque nous afficherons toutes ces places pour des étudiants en soins infirmiers.

Nous aimerions participer à la formation des infirmières et à l'enseignement des sciences infirmières. Le consortium d'établissements postsecondaires à l'échelle du pays serait prêt.

Nous nous inquiétons de savoir si c'est le bon moment et craignons de rater l'occasion d'instituer ces programmes. Nous serions prêts à accueillir des étudiants en sciences infirmières à Edmonton.

Mme Nicolas: Nous sommes extrêmement privilégiés à Winnipeg du fait que nous en sommes maintenant rendus à la deuxième année d'un programme de formation d'infirmières autorisées en partenariat avec l'Université d'Ottawa. Ce programme est offert en français au Collège universitaire de Saint-Boniface. La première classe comptait 18 ou 20 étudiants. Aux dernières nouvelles, il y avait 30 inscriptions pour les classes débutant en septembre.

Il y a certainement de l'intérêt. Encore une fois, si nous fournissons le service, les gens d'expression française répondront à l'appel. Il vaut vraiment la peine de poursuivre dans cette voie.

Dr Joanisse: Nous devons stimuler l'intérêt de ces gens et non pas les arracher de leurs milieux d'origine, surtout les francophones. Au moment où sévit une pénurie d'infirmières, quelles sont les chances que nous puissions attirer une infirmière de la ville, la former en français et l'intéresser à aller travailler dans une petite collectivité qui ne lui est pas familière pour pratiquer en français? Les chances sont très minces.

Par conséquent, nous en revenons à ce que disait le Dr Vincent dans son exposé. Nous devons trouver les candidates au sein des collectivités mêmes, là où elles sont le plus susceptibles de revenir, trouver un moyen de les former en français et de maintenir leur attachement à leur milieu d'origine. Ce n'est pas facile, surtout lorsque nous sommes dans un marché d'acheteurs.

Mon cheval de bataille, c'est l'enseignement non traditionnel. Le programme d'apprentissage à distance dont a fait état Mme Nicolas est réalisé sous les auspices du Centre national de formation. Il fait intervenir un consortium de deux ou trois établissements, dont l'un au Manitoba et l'autre à Ottawa. L'Université Laurentienne de Sudbury en fait également partie.

In this approach, you can have a virtual critical mass as opposed to having a critical mass as we have in Ottawa. Even then, we are at some risk. Technology is one of the ways to link the small communities across the country, but it does not beat hands-on, in-person meetings. We have to get to know each other by visiting.

Dr. Vincent speaks of Faculté Saint-Jean. I have been there and it is impressive. A nursing course there would be just great. To get started, they would need only minimal support from the francophone areas inside or outside Quebec. They could then obtain funding from the province.

[Translation]

The Acting Chair: Before closing, I would like to come back to the report because the committee's purpose was to study that report.

Dr. Vincent, I would like to come back to the problem we're always dealing with when we talk about care intended for minorities. When you talk about levels of care, levels of service, you talk about minimum levels, base levels, levels relative to population density. What we're constantly asked is whether francophones who live in a town of 10,000 inhabitants will be entitled to all the care and services to which the rest of the population is entitled.

You mentioned 60,000 inhabitants. I would like you to tell us about services relative to population density, but especially what you consider is a minimum level. In general, people have trouble understanding what services those who live in regions with low population density can expect to receive.

I would also like to have your opinion on level of care. We can start with Dr. Vincent. Since he signed the report, he may be responsible for it, but I also ask the others to comment on the level of care because that's an objection you must have heard and that we often encounter in relation to care for low density populations.

Dr. Vincent: The health system is not like the education system. In the education system, you have to fill a school with francophone students. You have to create an entirely French atmosphere, and the integrity of that atmosphere must be respected. In the health system, it's one on one: a care provider and a client.

Nearly one-third of my clientele is anglophone; they are anglophones from our neighbourhood. When they enter the francophone community centre — they are proud to have the centre in their neighbourhood — they see posters in French in the waiting rooms and, for them, it's also a process of sensitization to the French fact.

Grâce à cette approche, vous pouvez avoir une masse critique virtuelle comparativement à une masse critique réelle comme nous en avons une à Ottawa. Mais même cette approche comporte certains risques. La technologie est une façon de relier des petites collectivités dans l'ensemble du pays, mais elle ne peut remplacer les réunions pratiques, en personne. Il faut apprendre à se connaître en se visitant.

Le Dr Vincent parle de la Faculté Saint-Jean. Je m'y suis rendu et c'est vraiment quelque chose d'impressionnant. Un programme de formation en soins infirmiers à cet endroit serait absolument merveilleux. Pour démarrer, il suffirait d'une aide minimale de la part de régions francophones, à l'intérieur ou à l'extérieur du Québec. On pourrait ensuite obtenir du financement de la province.

[Français]

Le président suppléant: Avant de terminer, j'aimerais revenir au rapport, car le but du comité était d'étudier ce rapport.

Docteur Vincent, j'aimerais revenir au problème auquel on fait toujours face lorsqu'on parle de soins destinés à des minorités. Lorsque vous parlez de niveau de soin, niveau de service, vous parlez de niveau minimal, de niveau de base, de niveau par rapport à la densité de la population. Ce qu'on nous pose constamment, c'est de savoir si le francophone qui habite une ville de 10 000 habitants aura droit à tous les soins et services auxquels le reste de la population a droit.

Vous avez parlé de 60 000 habitants. J'aimerais que vous nous parliez des services en rapport avec la densité de la population, mais surtout ce que vous concevez être un niveau minimal. En général, les gens ont de la difficulté à comprendre quels services ceux qui habitent des régions de faible densité peuvent s'attendre à recevoir.

J'aimerais aussi avoir votre opinion sur le niveau de soin. On peut commencer par le Dr Vincent. Vu qu'il a signé ce rapport, il en est peut-être responsable, mais j'invite également les autres à commenter sur le niveau de soin, car c'est une objection que vous avez dû entendre et que l'on rencontre souvent lorsqu'il est question de soins visant les populations de faible densité.

Dr Vincent: Le système de santé n'est pas comme le système d'éducation. Dans le système d'éducation, on doit remplir une école d'élèves francophones. On doit créer une atmosphère entièrement en français, et l'intégrité de l'ambiance doit être respectées. Dans le système de santé, c'est un sur un, c'est un prestataire et un client.

Près d'un tiers de ma clientèle est anglophone; ce sont des anglophones de notre quartier. Quand ils entrent dans le centre communautaire francophone — ils sont fiers d'avoir ce centre dans leur quartier — ils voient des affiche en français dans les salles d'attente et c'est pour eux une sensibilisation de plus au fait français.

When I leave a room talking to a patient in French, respecting that person's dignity and needs, there is nothing preventing me from going to the next room and speaking English with the next patient and thus respecting that person's dignity and needs.

Community health, home care, should not involve services that are hard to deliver. As for dietetic services, physiotherapy and so on, we should find ways of delivering those services without building a hospital.

In Edmonton, we are able to have networks of primary care, outpatient services, home services, extended care services, and, I know, we will never have a hospital. That would be inconceivable. My work, for example, is to prepare my patients well in order to send them to a heart surgeon. If I prepare my patients well and do a good job of explaining things clearly to them, the surgeon will respect me for it. If I do my job well, the surgeon will not need to speak French.

The Acting Chair: Does someone else wish to answer?

Ms Nicolas: Technology can deliver care where the client is, with basic services such as a call centre, a francophone call centre which provides service 24 hours a day, seven days a week, in French. Let's talk too about home care, for example, about the technology for telehome care. With these services, I believe we can reach these people.

You have to get away from thinking about health care solely in terms of care that must be given or delivered by a doctor. There is a whole range of health professionals who can also provide the necessary services in highly innovative ways.

The Acting Chair: I am surprised that you emphasize this question of health information, of call lines, when, as far as I know — someone may correct me — there is no mention of this in the report.

You can have a telephone number where you can press 1 for service in French, 2 for service in English, in making a hotel reservation, for example. In general, health lines are not available in both languages, and you are right in saying that this is a service that saves a lot of trips to the emergency room and which is economical.

Ms Arsenault: We cannot really look at the question of population density since there are very few of us. There are 6,000 persons of ethnic origin in the province, and we represent 4.5 percent of the population. However, we are still able to do a lot of things with a small group. If we look at the health administrative region, we have 1,200 employees. There are five of us working at the centre, and we can still meet a lot of needs. Obviously, we cannot meet them all, but, with the turnover we currently have in the professions, openings continually occur. It is possible to add health professionals to our team because people are already supposed to serve our population in any case. When positions become vacant, we act on a proactive basis and staff those positions with bilingual people. We group them together

Rien ne m'empêche, lorsque je sors d'une salle en parlant avec un patient en français, en respectant sa dignité et ses besoins, de passer à la prochaine salle en parlant en anglais avec le prochain patient et ainsi respecter sa dignité et ses besoins.

La santé communautaire, les soins à domicile, ne devraient pas être des services difficiles à livrer. Pour ce qui est des services de diététiciennes, de physiothérapie, et cetera, on devrait trouver des façons de livrer ces services sans bâtir un hôpital.

À Edmonton, on est capable d'avoir des réseaux de soins primaires, des services à l'externe, des services à domicile, des soins prolongés et, je le sais, on aura jamais un hôpital. Ce serait inconcevable. Mon travail, c'est, par exemple, de bien préparer mes patients pour les envoyer chez un chirurgien cardiaque. Si je prépare bien mes patients et si je leur explique bien les choses, le chirurgien va me respecter. Si je fais bien mon travail, le chirurgien n'a pas besoin de parler le français.

Le président suppléant: Est-ce que quelqu'un d'autre veut répondre?

Mme Nicolas: La technologie peut rendre les soins là où le client se retrouve avec des services de base tels un centre d'appel, un centre d'appel francophone qui offre des services 24 heures par jour, sept jours sur sept, en français. Parlons aussi de soins à domicile, par exemple, de la technologie de télé-soins à domicile. Avec ces services, je crois qu'on est capable d'aller rejoindre ces gens.

Il faut s'éloigner de penser aux soins de santé uniquement en termes de soins qui doivent être donnés ou livrés par un médecin. Il y a toute une gamme de professionnels de santé qui peuvent, eux aussi, rendre les services nécessaires de façon très novatrice.

Le président suppléant: Je suis étonné que vous soulignez cette question d'info-santé, de lignes d'appel, alors qu'en autant que je sache — on pourra me corriger — il n'en est pas question dans ce rapport.

On peut avoir un numéro de téléphone où, en appuyant sur le un, on nous répond en français, sur le deux on nous répond en anglais, pour faire, par exemple, une réservation d'hôtel, et cetera. En général, les lignes de santé ne sont pas disponibles dans les deux langues, et vous avez raison de dire que c'est un service qui sauve beaucoup de visites au service de l'urgence et qui est économique.

Mme Arsenault: On ne peut pas vraiment regarder la question de densité de la population puisqu'on est un très petit nombre. On est 6 000 personnes d'origine ethnique de la province. On représente 4,5 p. 100 de la population. N'empêche qu'on est capable de faire beaucoup de choses avec un petit groupe. Si on regarde la région administrative de santé, on a 1 200 employés. On est cinq à travailler au centre et on réussit tout de même à combler beaucoup de besoins. C'est évident que l'on ne les comble pas tous, mais avec le roulement qu'il y a présentement dans les professions, il y a des ouvertures de façon continue. Il est possible d'ajouter des professionnels de la santé à notre équipe parce que les gens sont déjà censés desservir notre population de toute façon. Lorsque des postes deviennent vacants, on agit de façon

and, when a person appears and requests service, he or she is immediately directed to the French-language service.

I was a social worker in a bilingual position for a year, but I didn't have any francophone clients because no one in the place knew I spoke French. No one told patients that there was a French-language service.

At the health centre, however, we are grouped together. Everyone knows that the professionals there are francophones, and, within the centre, we know the francophones in the system. That's what makes the difference. Sometimes it's not the number that makes the difference.

Senator Losier-Cool: According to your study, since we're talking about the report, are francophones in better health, sicker, in poor health, or less sick than anglophones? Did you find a significant difference regarding living conditions or the lives that francophones lead; I mean more sedentary life, differences in food habits? You don't know?

Ms Nicolas: In the study conducted in Manitoba, that question was not looked at. First, we don't have the resources to consider conducting those studies to determine whether francophones are in equally good health, in poorer health or in better health.

Health is linked to the determining factors of health. We know that the francophone population is aging at a faster rate, has less education and that fewer of them are in the labour market. Incomes and social status are lower than in the anglophone population. We might therefore observe, and certain studies show this, that health determinants are directly related to state of health.

One might conclude that francophones are in poor health. However, we have not conducted the studies. We have had little opportunity to conduct the studies identifying the health needs of francophones. Needs differ from region to region.

This touches on the question Senator Pépin asked at the very start, that is to say how we identify the professionals who will be put in place. Often people are put in place before anyone has determined the needs in the community.

We have to change our way of doing things, to consult the community and ask them what their needs are, and, from there, build a multidisciplinary team that will be able to provide services to that clientele.

Perhaps in regions with lower population density, if we have the resources, we could train mobile teams that would go into the more isolated regions once a week to provide multi-disciplinary services.

Dr. Joannis: This is a fundamental question at the national health training centre, which had originally included a research component in its funding application. That was precisely in order to seek out that information since preliminary research has

proactive et on dote ces postes de façon bilingue. On les regroupe, et lorsque la personne se présente pour recevoir un service, elle est tout de suite dirigée au service en français.

J'ai été travailleuse sociale à un poste bilingue pendant un an mais je n'avais aucun client francophone parce que personne ne savait dans la boîte que je parlais français. Personne ne disait au client qu'il y avait un service en français.

Par contre, au centre de santé, on est regroupé. Tout le monde sait que les professionnels qui sont là sont francophones, et à l'intérieur de la boîte, on connaît les francophones dans le système. C'est là que ça fait une différence. Quelques fois ce n'est pas le nombre qui fait la différence.

Le sénateur Losier-Cool: Dans votre étude, puisqu'on parle du rapport, est-ce que les francophones sont plus en santé, ou plus malade, ou moins en santé, ou moins malade que les anglophones? Avez-vous trouvé une différence significative sur la condition de vie ou la vie que les francophones mènent, je parle d'une vie plus sédentaire, d'une différence dans l'alimentation. Vous ne savez pas?

Mme Nicolas: Dans l'étude faite au Manitoba, on n'a pas touché cette question. Premièrement, il nous manque de ressources pour pouvoir penser à faire ces études, afin de découvrir si les francophones sont en aussi bonne santé, en moins bonne santé ou en meilleure santé.

La santé est reliée aux facteurs déterminants de la santé. On sait que la population francophone est plus vieillissante, moins scolarisée, moins sur le marché du travail. Le revenu et l'état social sont moins élevés que ceux des collègues anglophones. On pourrait donc possiblement constater, et certaines recherches le démontrent, que les facteurs déterminants de la santé sont directement reliés à l'état de santé.

On pourrait peut-être conclure que les francophones sont en moins bonne santé. Par contre, nous n'avons pas fait les études. Nous avons eu peu d'occasions de faire des études identifiant les besoins de santé chez les francophones. Les besoins sont différents dans différentes régions.

Cela touche la question posée par le sénateur Pépin au tout début, à savoir comment on fait pour identifier le professionnel qu'on mettra en place. Souvent, on met des personnes en place sans avoir découvert quels sont les besoins dans la communauté.

Il faut changer notre façon de faire, consulter la communauté, leur demander quels sont leurs besoins, et de là, bâtir une équipe multidisciplinaire qui pourra rendre les services à cette clientèle.

Peut-être que dans les régions qui ont une densité de population moins élevée, si on a assez de ressources, on pourrait former des équipes mobiles qui se rendraient dans les régions plus éloignées une fois par semaine pour offrir des services multi-disciplinaires.

M. Joannis: C'est une question primordiale au centre national de formation en santé qui, dans sa demande de fonds, avait originalement inclus un volet recherche. C'était précisément pour chercher ces informations puisque les recherches préliminaires ont

concluded what Denis whispered, that is that we don't know. However, no funding was granted, except in training for the second phase, which will start in April 2003.

There is a research component that will answer that question, questions such as those you asked, particularly regarding prevention. How to do prevention if we don't know what we're going to prevent? Prevention has a lot to do with the question of oral, cultural and inter-disciplinary interaction. If we do prevention, we have to have supporting figures, but we don't have them.

I have two particular concerns. One is tobacco prevention, the other fetal alcohol syndrome. In Western Canada, this is a frequent phenomenon. Research and prevention exist. But from the moment you get to the Ottawa River, there's none.

Is the approach to preventing that syndrome the same among anglophones and francophones? Is there a significant cultural aspect to the prevention and subsequent treatment of disease. I sit on an advisory committee for the federal minister, and that's a question that must be answered. We have trouble raising interest among francophones and are nearly told, "Don't go there!" It's a very particular situation.

We recognized that there was some interest in Acadia. Once again, is the problem the same there as it is elsewhere? We don't know. The cultural aspect is important in a number of respects such as post-cardiac rehabilitation, for example, for women's health. Are the approaches the same in minority French Canadian culture as in Quebec? These are very important questions.

Senator Losier-Cool: Some diseases are culture-related. For example, the Japanese or Asians have a lower incidence of breast cancer than Americans.

Dr. Joannis: The national centre organized a research day at the University of Ottawa for francophone researchers from a number of disciplines. People were there from the health sciences, geography, the arts and so on.

The conclusion was that we don't really know how to raise funds or who the funding agencies are. We don't know what affects francophones or how to interpret results and treatments, and we turned to the University of Ottawa and Montfort Hospital. We asked them whether they could establish an institute that could take charge of this research because it is not recognized by the traditional institutes of the federal government.

Ms Arsenault: We regularly produce reports on the health of Canadians. In one of those reports, I asked whether it was possible to get a handle on the issue of francophones' health, as we did with Aboriginal people. I was told that, in terms of numbers, that was not possible. In Prince Edward Island, there are more Acadians than Aboriginals. And yet it's possible to do it for Aboriginal people. I would like to raise this question. The federal government must play a role that could without a doubt support our requests.

conclu ce que Denis a dit à voix basse, soit qu'on ne le sait pas. Par contre, il n'y a pas eu de fonds accordés, seulement dans la formation de la seconde phase, qui débutera en avril 2003.

Il y a un volet recherche qui répondra précisément à cette question, à des questions comme celles que vous avez posées, surtout sur le plan préventif. Comment prévenir si on ne sait pas ce que l'on va prévenir? La prévention a beaucoup à voir avec la question d'interaction verbale, culturelle et transdisciplinaire. Si on fait de la prévention, on doit avoir des chiffres à l'appui mais on ne les a pas.

J'ai deux dadas; l'un est la prévention du tabac, l'autre est le syndrome de l'alcoolisme foetal. Dans l'Ouest canadien, c'est un phénomène fréquent. Les recherches et la prévention existent. Dès que l'on arrive à la rivière des Outaouais, il n'y en a pas.

Est-ce que l'approche en ce qui concerne la prévention de ce syndrome est la même chez les anglophones et chez les francophones? Il y a une dimension culturelle importante dans la prévention et le traitement des malades par la suite. Je siège à un comité consultatif pour le ministre fédéral et c'est une question à laquelle il faut répondre. On a de la difficulté à susciter de l'intérêt chez les francophones et on se fait presque dire: «Ne va pas là!» C'est une situation tout à fait particulière.

On a reconnu qu'il y avait de l'intérêt en Acadie. Encore une fois, est-ce le même problème là-bas qu'ailleurs? Nous l'ignorons. L'aspect culturel est important à plusieurs niveaux comme la réadaptation postcardiaque, par exemple, ou la santé des femmes. Est-ce que les approches sont les mêmes pour la culture franco-canadienne minoritaire qu'au Québec? Ce sont des questions très importantes.

Le sénateur Losier-Cool: Certaines maladies sont liées aux cultures. Par exemple, les Japonaises ou les Asiatiques souffrent moins du cancer du sein que les Américaines.

M. Joannis: Le centre national a mis sur pied une journée de recherche pour les chercheurs francophones de plusieurs disciplines à l'Université d'Ottawa. Il y avait les sciences de la santé, la géographie, les arts et cetera.

La conclusion était que l'on ne sait trop comment chercher des fonds, ni qui sont les bailleur de fonds. Nous ignorons ce qui affecte les francophones et comment interpréter les résultats et les traitements et nous nous sommes tournés vers l'Université d'Ottawa et l'Hôpital Montfort. Nous leur avons demandé s'ils pouvaient créer un institut qui pourrait prendre en main cette recherche car elle n'est pas reconnue par les instituts traditionnels du gouvernement fédéral.

Mme Arsenault: On produit régulièrement des rapports sur la santé des Canadiens. Dans un de ces rapports, j'ai demandé s'il était possible de circonscrire la question de la santé des francophones, comme nous l'avons fait avec les Autochtones. On m'a répondu qu'en terme de nombres, ce n'était pas possible. Dans l'Île-du-Prince-Édouard, il y a plus d'Acadiens que d'Autochtones. Pourtant, cela est possible de le faire pour les Autochtones. J'aimerais soulever cette question. Le gouvernement fédéral doit jouer un rôle qui pourrait sans doute nous appuyer nos demandes.

The Acting Chair: There are a million francophones outside Quebec. Surely that number is sufficient.

Senator Pépin: Following our sixth report, a committee will examine the health of Aboriginal people and women from a francophone perspective.

The Acting Chair: I would like to thank you on the committee's behalf. Your testimony has truly informed us and made us aware of the specific and real problems of francophones outside Quebec.

I congratulate you on your very real commitment to the well-being of your fellow citizens. It is at times moving. You work in extremely difficult conditions. We don't always realize that it's a constant fight. I thank you and congratulate you.

The Acting Chair: We're going to hear Ms Andrée Lortie, who is part of the training component of our study. She is the President of the Cité collégiale in Ottawa and she's going to talk to us about college-level training in French.

Ms Andrée Lortie, President, Cité Collégiale: Thank you for inviting me, and I thank Senator Gauthier for bringing to my attention the fact that you were sitting on this subject.

The study recommendations were the result of quite extensive reflection by colleges and groups that provide college-level training in French outside Quebec. francophone colleges believe they are able to make a major contribution to achieving the objectives put forward in the study.

You'll excuse me if, in the course of my presentation, I often cite examples from the Cité collégiale, but it's a situation I know very well. However, it should be said that there are a lot of college-level activities right across Canada.

I would like to introduce Mr. Pierre Bergeron, who is the director general of the network of colleges and cegeps of Canada. You probably know him as the publisher of the newspaper *Le Droit*. He is also responsible for the organization that governs colleges and cegeps.

First, I would like to talk to you about francophone colleges. The francophone colleges outside Quebec are often poorly known. They were established to provide minority francophones with postsecondary education. The francophone colleges offering numerous one-, two- and three-year programs in the health field.

Since 1990, we at the Cité collégiale have trained more than 2,700 students in the health fields. I'm talking about the Cité collégiale, but I could also talk about the Collège Boréal in northern Ontario, about Campbellton, New Brunswick, or the Collège de l'Acadie in Nova Scotia.

The programs currently offered by francophone colleges provide training in the physical health sectors (paramedical care, mental health, support for social reintegration) and public health (palliative care, social work and dental hygiene). Training is also offered in specialized institutional care (nursing,

Le président suppléant: Il y a un million de francophones hors Québec. Le nombre est sûrement suffisant.

Le sénateur Pépin: Après notre sixième rapport, un comité se penchera sur la santé des Autochtones et la santé des femmes dans une perspective francophone.

Le président suppléant: Au nom du comité, je voudrais vous remercier. Vos témoignages nous ont vraiment éclairés et nous ont sensibilisés aux problèmes particuliers et réels des francophones hors Québec.

Je vous félicite de votre engagement bien réel à l'égard du bien-être de vos concitoyens. Par moments, il est émouvant. Vous travaillez dans des conditions extrêmement difficiles. Nous ne réalisons pas toujours que c'est une combat continu. Je vous remercie et je vous félicite.

Le président suppléant: Nous allons entendre Mme Andrée Lortie, qui fait partie du volet formation de notre étude. Elle est présidente de la Cité collégiale à Ottawa et va nous parler de la formation collégiale en français.

Mme Andrée Lortie, présidente, Cité Collégiale: Je remercie de m'avoir invité et je remercie le sénateur Gauthier d'avoir porté à mon attention le fait que vous siégiez à ce sujet.

Les recommandations de l'étude ont fait l'objet d'une réflexion assez importante du côté des collèges et des groupes qui dispensent de la formation collégiale en français à l'extérieur du Québec. Les collèges francophones pensent être en mesure de contribuer grandement à l'atteinte des objectifs mis de l'avant dans l'étude.

Vous m'excuserez si, dans le cadre de ma présentation, je cite souvent des exemples provenant de la Cité collégiale, mais c'est un contexte que je connais très bien. Par contre, il faut dire qu'il y a beaucoup d'activités partout au Canada sur le plan collégial.

J'aimerais vous présenter M. Pierre Bergeron, qui est directeur général du réseau des collèges et des cégeps du Canada. Vous le connaissez probablement en tant qu'éditeur du journal *Le Droit*. Il est aussi responsable de l'organisation qui gouverne les collèges et cégeps.

J'aimerais d'abord vous parler des collèges francophones. Souvent, les collèges francophones hors Québec sont méconnus. Ils ont été créés dans le but de permettre l'accès aux études postsecondaires pour les francophones en milieu minoritaire. Les collèges francophones offrent de nombreux programmes dans le domaine de la santé qui peuvent être d'une durée de un, deux et trois ans.

Depuis 1990, à la Cité collégiale, nous avons formé plus de 2 700 étudiants dans des secteurs de la santé. Je parle de la Cité collégiale, mais je pourrais aussi parler du Collège Boréal, dans le nord de l'Ontario, de Campbellton, au Nouveau-Brunswick, ou du Collège de l'Acadie, en Nouvelle-Écosse.

Les programmes offerts actuellement par les collèges francophones donnent de la formation dans les secteurs de la santé physique (soins paramédicaux, santé mentale, soutien à l'intégration sociale) et de la santé publique (soins palliatifs, travail social et hygiène dentaire). On offre également des soins

institutional care, respiratory therapy), personal care and peer counselling (social work, gerontology, special education) and community care, as well as home care.

We also offer training in the primary, secondary and tertiary sectors. In the primary sector: personnel support employees, physical-therapy aids. In the secondary sector: paramedical care. In the tertiary sector: respiratory therapy and nursing care. These health programs are offered at various levels in all regions of Canada. Ontario is quite privileged because it has two college-level institutions: the Cité collégiale and the Collège Boréal. The Cité collégiale offers some 15 health programs, the Collège Boréal about 10. The Collège Boréal is located in Sudbury. In New Brunswick, the Campbellton campus offers six health programs: health care aid, nursing care assistant, community service intervention techniques and so on. In Nova Scotia, the Collège de l'Acadie offers programs in ambulance and paramedical care, health and continuing care services.

Of course, in the West, when one considers what's going on in the health field, be it in Manitoba, Alberta, Saskatchewan or British Columbia, college-level programs do not currently exist, although there are college-level activities. There's a great shortage in this area.

Our francophone colleges train health professionals in partnership with our communities. When you say "community college," "community" means working with the community, living in the community. In most cases, that also means that there is a significant partnership component in that community.

Consider, for example, the places where technology and radiology work terms take place. In technology, in medical laboratories, training is given at George-Dumont Hospital in Moncton to students of the Collège communautaire du Nouveau-Brunswick. Dr. Joanisse briefly mentioned the number of partnerships created with Montfort Hospital. The community colleges providing health programs must also have advisory committees composed of people from the public and private sectors and community agencies. They advise institutions on the type of training they should provide. The community colleges are thus truly integrated into their communities and work in partnership with the colleges and universities. I cite the Cité collégiale as an example because we have developed the following programs with the University of Ottawa: social work, gerontology and nursing. The world we live in is increasingly concerned with continuing training. People don't necessarily stop their training after their first diploma. When we talk about solutions, about access to health services, colleges are used to working together and are increasingly doing so. I mentioned the Collège de l'Acadie, which offers a course in ambulance care. The Cité collégiale has worked with the Collège de l'Acadie. The programs

dans le secteur institutionnel spécialisé (sciences infirmières, soins en établissement, thérapie respiratoire), des soins personnels et d'entraide (travail social, gérontologie, technique d'éducation spécialisée) et des soins communautaires, comme les soins à domicile.

Nous offrons aussi la formation dans les secteurs primaires, secondaires et tertiaires. Dans le secteur primaire: des proposés au soutien personnel des aides physiothérapeutes. Dans le secteur secondaire: soins paramédicaux. Dans le secteur tertiaire: thérapie respiratoire et soins infirmiers. Ces programmes de santé sont offerts à des niveaux divers dans toutes les régions du Canada. L'Ontario est assez privilégiée parce qu'elle dispose de deux institutions collégiales, soit la Cité collégiale et le Collège Boréal. La Cité collégiale offre une quinzaine de programmes en santé alors que le Collège Boréal en offre une dizaine. Le Collège Boréal est situé à Sudbury. Au Nouveau-Brunswick, le campus de Campbellton offre six programmes en santé. On parle de programmes d'aide en soins de santé, de soins infirmiers auxiliaires, de techniques d'intervention en services communautaires et autres. En Nouvelle-Écosse, le Collège de l'Acadie dispense des programmes de soins ambulanciers et paramédicaux, de santé et services de soins continus.

C'est sûr que dans l'Ouest, lorsqu'on considère ce qui se passe dans le domaine de la santé, que ce soit au Manitoba, en Alberta, en Saskatchewan ou en Colombie-Britannique, les programmes collégiaux n'existent pas présentement, même s'il y a des activités au niveau collégial. Il y a une grande pénurie à ce niveau.

Nos collèges francophones forment des professionnels de la santé en partenariat avec leur collectivité. Quand on parle de «collège communautaire», «communautaire» signifie travailler avec la communauté, vivre dans la communauté. Dans la plupart des cas, cela signifie également qu'il y a un important volet de partenariat dans cette communauté.

Je vous donne l'exemple des lieux de stage en technologie et en radiologie. En technologie, en laboratoire médical, la formation se donne à l'Hôpital George-Dumont de Moncton pour les étudiants du Collège communautaire du Nouveau-Brunswick. Le docteur Joanisse a mentionné brièvement les nombreux partenariats conclus avec l'Hôpital Montfort. Les collèges communautaires qui dispensent des programmes dans le domaine de la santé doivent aussi comprendre des comités consultatifs, composés de gens qui viennent du secteur privé et public et des agences communautaires. Ils conseillent les institutions sur le type de formation qui devrait être dispensée. Les collèges communautaires sont donc vraiment intégrés dans leur milieu et travaillent en partenariat avec les collèges et universités. Je donne l'exemple de Cité collégiale parce que nous avons élaboré les programmes suivants avec l'Université d'Ottawa: travail social, gérontologie et sciences infirmières. De plus en plus, le monde dans lequel nous vivons parle de formation continue. Les gens n'arrêtent pas nécessairement leur formation après l'obtention de leur premier diplôme. Lorsqu'on parle de solutions, d'accès aux services de santé, les collèges ont l'habitude de travailler ensemble et ce, de plus en plus. Je parlais du Collège

and teaching material were already developed. A relationship has been created and the Collège de l'Acadie now offers this program in its community.

The colleges increasingly want to work together to adopt a common vision. Education may be seen as a cohabitation of various silos. Many institutions implement programs and do not always cooperate among themselves. At the college level, you can no longer reinvent the wheel. In health training, greater cooperation must be promoted. The network of colleges and cegeps of Canada plays the role of catalyst in leading these institutions to work together.

Francophone colleges outside Quebec must be part of the solution to the problems experienced with regard to access to health care services. As regards the national health training centre, the colleges have prepared a proposal which they have submitted to the consortium. That proposal was well received by the consortium, but required a significant amount of organization and assembly work. I see that the colleges, at round tables, have now recognized regional differences: Ontario is not New Brunswick or British Columbia; it's something else. We must adapt to different situations, not reinvent the wheel or fail to cooperate. We were talking about the size of supply that creates demand. When the Cité collégiale was established in 1990, it was thought that it would be the worst failure in the world and that francophones wouldn't send their children to francophone institutions since the labour market was bilingual. We started out with 1,800 students and now have 3,500. It wasn't supposed to work. The supply was there; demand came afterward.

Francophones constitute a minority; at the college level, we will not be able to advance unless we build on what we have: who has done what, how and where? How do we adapt? How do we build on it? Our challenge is to realize the importance of managing francophone institutions by and for francophones. In Ontario, we saw that francophone training at the college level was not developing. Francophones didn't seem to be interested in it. The day francophones were told that they had to take responsibility for it and that it had to work, they said to themselves that, instead of convincing anglophones that certain things had to be done differently, they had to set to work in an effort to succeed. What strategies would be adopted and how would they organize themselves? That's why we have achieved some success. People decided to take a positive direction.

An effort has to be made to identify needs. Reference is made in the report to the importance of identifying health training needs, even in the West. I will use the example of a group in British Columbia, Éducacentre, which made an effort to identify needs for nursing assistant care, ambulance care, personal support services and palliative care.

de l'Acadie, qui offre un cours de soins ambulanciers. La Cité collégiale a travaillé avec le Collège de l'Acadie. Les programmes et le matériel didactique étaient déjà élaborés. Un lien s'est créé et le Collège de l'Acadie offre maintenant ce programme dans sa communauté.

Les collèges désirent de plus en plus travailler ensemble afin d'adopter une vision commune. On peut voir l'éducation comme la cohabitation de divers silos. Beaucoup d'institutions mettent en œuvre des programmes et il n'y a pas toujours de collaboration entre elles. Au niveau collégial, on ne peut plus réinventer la roue. En ce qui concerne la formation dans le secteur de la santé, il faut favoriser une plus grande collaboration. Le réseau des collèges et des cégeps du Canada joue le rôle de catalyseur pour amener ces institutions à travailler ensemble.

Les collèges francophones hors Québec doivent faire partie de la solution aux problèmes éprouvés quant à l'accès aux services de soins de santé. Pour ce qui est du centre national de formation en santé, les collèges ont préparé une proposition qu'ils ont déposée au consortium. Cette proposition a été bien reçue par le consortium, mais cela a nécessité un important travail d'organisation et de regroupement. Je constate que les collèges, lors des tables de concertations, reconnaissent maintenant les différences régionales: l'Ontario n'est pas le Nouveau-Brunswick et la Colombie-Britannique, c'est autre chose. Il faut s'adapter à des situations différentes, non pas réinventer la roue ou ne pas collaborer. On parlait de l'importance de l'offre qui crée la demande. Quand la Cité collégiale a été créée, en 1990, on a cru que ce serait le pire échec au monde et que les francophones n'enverraient pas leurs enfants dans une institution francophone puisque que le marché du travail est bilingue. Nous avons commencé avec 1800 étudiants et maintenant, nous en avons 3500. Cela ne devait pas marcher. L'offre était là; la demande est venue ensuite.

Les francophones constituent une minorité; au niveau collégial, on ne pourra pas avancer à moins de bâtir sur nos acquis: qui a fait quoi, de quelle manière et à quel endroit? Comment l'adapte-t-on? Comment l'enrichit-on? Notre défi consiste à réaliser l'importance de gérer les institutions francophones par et pour des francophones. En Ontario, on a vu qu'il n'y avait pas d'évolution dans le développement de la formation francophone au niveau collégial. Les francophones ne semblaient pas s'y intéresser. Le jour où on a dit aux francophones qu'il leur fallait en prendre la responsabilité et qu'il fallait que cela marche, ces derniers se sont dit qu'au lieu de convaincre les anglophones de ce qu'il fallait faire différemment, ils devaient s'atteler à la tâche dans le but de réussir. Quelles seraient les stratégies adoptées et comment allaient-ils s'organiser? C'est la raison pour laquelle nous avons du succès. Les gens ont décidé de s'orienter positivement.

Il y a un travail d'identification à faire. Dans le rapport, il est question de l'importance d'identifier les besoins de formation en santé, même dans l'Ouest. J'utiliserai l'exemple d'un groupe en Colombie-Britannique, Éducacentre, qui a fait un travail d'identification des besoins en soins infirmiers auxiliaires, soins ambulanciers, services de soutien personnel et soins palliatifs.

Les Entreprises EFE (enseignement, formation, emploi) in Alberta, which joined forces with NATE, and with which we are currently working, identified needs for training in special education techniques (student assistant, speech therapy assistant, personal support services attendant, palliative care attendant and so on). In Saskatchewan, the francophone adult training service has identified training needs in programs related to prevention, screening, primary care, rehabilitation, palliative care and gerontological care. Small, very active and energetic groups are doing good work which all too often goes unnoticed.

The college-level teaching sector outside Quebec is prepared to get organized and coordinated by creating ties between regions. Paramedical care will be provided in the Halifax area. In British Columbia, the same need has been expressed and teams are working with these people. At the college level, we want to offer decentralized training structures. Earlier you mentioned an important matter, keeping health professionals in the regions. Students who have to travel to Ottawa or Montreal to continue their training do not always return to their regions once that training is complete. We must develop on-the-job training sessions and afford students the opportunity to take theoretical courses in the appropriate places and to be exposed to non-traditional training models. If a student is moved for one or two years, for example, what are those models? This does not augur well in certain sectors. On October 3 and 4, we will be holding a working session with community colleges to discuss models that should be established and to attack this retention issue. We will also examine new delivery methods.

The Collège Boréal in Sudbury is an important player in distance training. We are already offering certain programs, but we have to go further by not assuming that this is the solution to everything because direct intervention with the student is important in health. We are training people who must acquire attitudes and ways to do things.

There's also the question of new training programs. College training is provided in French, and I believe you have understood from this presentation that there are a lot of programs. However, a number of programs are not offered at the college level — in French, once again. In fact, the community care attendant and dietetics technology programs are not offered in French.

When we refer to access to services in French, the community colleges are currently in a good position to be part of the solution. In health, there are skills, expertise, infrastructures and partnerships. There are also new technologies being used and, especially, the will and leadership. This is fundamental.

You can have a lot of people and good infrastructures, but, if the desire, leadership and will to work together are missing, we will not succeed. We are well placed to make a contribution, but

Les Entreprises EFE (enseignement, formation, emploi) en Alberta qui sont associées avec NATE et avec lesquelles nous travaillons présentement ont identifié des besoins de formation en techniques d'éducation spécialisée (aide élève, aide orthophoniste, préposé en services de soutien personnel, en soins palliatifs, et cetera). En Saskatchewan, le service francophone de formation des adultes a identifié des besoins de formation dans des programmes liés à la prévention, au dépistage, aux soins primaires, à la réhabilitation, aux soins palliatifs et gérontologiques. Des petits groupes très actifs et énergiques accomplissent actuellement du bon travail que l'on ignore trop souvent.

Le secteur de l'enseignement collégial hors Québec est prêt à s'organiser et à se coordonner en créant des liens entre les régions. Des soins paramédicaux seront offerts dans la région de Halifax. En Colombie-Britannique, le même besoin a été exprimé et des équipes travaillent avec ces personnes. Au niveau collégial, on veut offrir des structures de formation décentralisées. Vous avez mentionné plus tôt un élément important, soit la rétention des professionnels de santé dans les régions. Les étudiants qui doivent se déplacer vers Ottawa ou Montréal pour suivre leur formation, une fois celle-ci terminée, ne retournent pas toujours dans leur région. On doit élaborer des stages en milieu de travail et offrir la possibilité de suivre des cours théoriques dans les milieux appropriés, et disposer de modèles de formation non traditionnels. Si on déplace un étudiant pour un ou deux ans, par exemple, quels sont ces modèles? Dans certains secteurs, cela augure bien. Nous tiendrons une session de travail les 3 et 4 octobre prochain avec des collèges communautaires pour parler de modèles qui devraient être établis et pour s'attaquer à cette question de la rétention. Il sera également question de nouveaux modes de livraison.

Le Collège Boréal à Sudbury est un joueur important dans la formation à distance. Nous offrons déjà certains programmes, mais il faut aller plus loin en ne supposant pas que c'est la solution à tout parce qu'en santé, l'intervention directe avec l'étudiant est importante. Nous formons des gens qui doivent acquérir des attitudes, des façons de faire.

Il y a aussi la question des nouveaux programmes de formation. Une formation collégiale s'offre en français et je pense que vous avez constaté, dans le cadre de la présentation, qu'il y a beaucoup de programmes. Par contre, plusieurs programmes ne sont pas offerts au niveau collégial — en français, encore une fois. En fait, les programmes de préposé aux soins communautaires et de technique en diététique ne sont pas offerts en français.

Quand on parle de l'accès aux services en français, les collèges communautaires sont présentement bien placés pour faire partie de la solution. En santé, il des compétences, des expertises, des infrastructures, des partenariats. Il y a également de nouvelles technologies qui sont utilisées et, surtout, de la volonté et du leadership. Cela est primordial.

On peut avoir beaucoup de gens monde et de bonnes infrastructures, mais si le désir, le leadership et la volonté de se concerter sont absents, on ne réussira pas. Nous sommes bien

we are nevertheless facing fairly significant challenges. First of all, we must expand the range of college services and programs offered in French. Many programs are currently being offered, but we are far from having a full slate of programs.

For college-level training, there's also the question of recruiting francophones. In the nursing field, much remains to be done, particularly as a result of what has happened to the reputation of nurses in recent years. In addition, certain health sectors are not known at all.

Guidance counsellors and parents who are not aware of these sectors must be sensitized to them. Adults who feel the need to retrain should also be made aware of them.

There is another challenge as well, networking, which consists in promoting cooperation between people from Eastern Canada, Ontario and Western Canada. However, the process has begun, and, when we talk about networking, we're talking about people who are getting to know each other and who can appreciate their differences. This takes time, resources and energy.

We must also implement delivery and retention methods that will enable francophones to stay in their regions. These challenges are very great and, to meet them, colleges need human, material and financial resources. I believe that college-level institutions are ready and well placed to do this because they provide training to professionals.

However, it's also a question of resources, and assistance need not be enormous to set the process under way. The study refers to major levers, and I believe that one of the essential levers in ensuring access to health services in French is college-level training in French.

I would like to thank you for inviting me to talk to you about this situation, which is full of energy and expertise and which augurs well for the future.

The Acting Chair: Thank you, Ms Lortie. Mr. Bergeron, would you like to add anything? Tell me, Mr. Bergeron, what is your title?

Mr. Bergeron: I am President of the Réseau des cégeps et des collèges francophones du Canada, an organization representing some 50 college-level institutions and, in provinces where there are no colleges, teaching associations. The Réseau currently has members in nine of the 10 provinces.

I concur in what the President of the Cité collégiale has so eloquently said.

The Acting Chair: Both eloquently and enthusiastically.

Mr. Bergeron: Enthusiasm is in the college sector's genes.

The Acting Chair: Are there any questions or comments regarding Ms Lortie's presentation?

placés pour contribuer, mais nous avons quand même des défis assez importants à relever. Il faut tout d'abord élargir la gamme des services et des programmes collégiaux offerts en français. De nombreux programmes sont présentement offerts mais nous sommes loin d'avoir quelque chose de complet.

Pour la formation collégiale, il y a aussi la question du recrutement des francophones. Dans le secteur des sciences infirmières, il y a beaucoup de travail à faire, surtout en raison de ce qui s'est passé au cours des dernières années en ce qui concerne la réputation des infirmières. De plus, certains secteurs de la santé ne sont pas connus du tout.

Il faut sensibiliser les conseillers en orientation et les parents qui ne connaissent pas l'existence de ces secteurs. Il faut aussi sensibiliser les adultes qui ressentent le besoin de se recycler.

Un autre défi se présente, soit le réseautage, qui consiste à favoriser la collaboration entre les gens de l'est du Canada, de l'Ontario et de l'ouest du pays. Ce processus est tout de même amorcé et lorsqu'on parle de réseautage, on parle de gens qui apprennent à se connaître et qui savent apprécier leurs différences. Cela demande du temps, des ressources et de l'énergie.

Il faut aussi mettre en œuvre des modes de livraison et de rétention qui permettraient aux francophones de demeurer dans leur région. Ces défis sont très importants et, pour les relever, les collèges ont besoin de ressources humaines, matérielles et financières. Je pense que les institutions du niveau collégial sont prêtes et se trouvent bien placées pour le faire car elles dispensent de la formation à des professionnels.

Cependant, c'est aussi une question de ressources et le coup de pouce attendu n'a pas besoin d'être énorme pour que tout s'enchaîne. L'étude parle de leviers importants et je pense qu'un des leviers essentiels, quand on veut assurer l'accès à des services en santé en français, c'est la formation collégiale en français.

J'aimerais vous remercier de m'avoir invitée à vous parler de cette réalité qui est pleine d'énergie et d'expertise et qui augure bien pour l'avenir.

Le président suppléant: Je vous remercie, Mme Lortie. M. Bergeron, aimeriez-vous ajouter quelque chose? Dites-moi, M. Bergeron, quel est votre titre?

M. Bergeron: Je suis président du Réseau des cégeps et des collèges francophones du Canada. Cet organisme regroupe une cinquantaine d'institutions collégiales et, dans les provinces où il n'y a pas de collèges, il regroupe des associations pédagogiques. Actuellement, le Réseau compte des membres dans neuf provinces sur dix.

Je m'associe à ce que la présidente de la Cité collégiale a exprimé de façon fort éloquent.

Le président suppléant: Éloquente et enthousiaste à la fois.

M. Bergeron: L'enthousiasme fait partie des gènes du secteur collégial.

Le président suppléant: Y a-t-il des questions ou des commentaires à faire suite à la présentation de Mme Lortie?

Senator Pépin: As I listened, I said to myself that we only need to press the button for everything to start working. Ms Lortie, you say you only need a little help?

Ms Lortie: Currently, things are being done even without resources. With regard to assistance in starting up paramedical programs in Acadia, it was the people from the health sector in our region who decided to pitch in.

I'm afraid that the people in place are often very tired, that they are limited, that they are doing all that because they believe in their mission. They feel that francophones must get organized because there absolutely have to be health services in French.

Ms Linda Butcher-Assad, the sector's director, only manages the programs at the Cité collégiale and she has a lot of work to do. In spite of that, she is full of energy and always prepared to say that, if someone wants to start up a program somewhere else, it's possible to do that.

How can people help? My fear is that it can only be done in a preliminary way. If there were resources for organizing and creating a network, we could then implement training models and work at a much faster pace. There is a shortage of resources in the health field.

The placement rate for our health students is more than 92 per cent. Everyone finds a job very quickly because they are bilingual. And yet we soon realize we cannot meet the demand and the many existing needs. To do this, we must increase the number of professionals in the health sector programs, the number of students and the number of types of programs.

We must also establish a network that can accommodate students from isolated regions. By creating various training models, we would ensure that the isolated regions do not completely lose their students because they come to study in Ottawa.

The desire to act is there and the players are ready to do so. We simply need to lend a hand and say: "Present us a program, here are the resources and go ahead and set your objectives."

In the context of the national health centre, a new proposal has been submitted to the minister. In the first phase, the universities were essentially the main actors, and that's entirely legitimate. In the second phase, the colleges got organized at the last minute to present a proposal.

The Cité collégiale very much appreciates receiving support in this regard because we often tend to forget that the college level trains a lot of health professionals such as nursing assistants, health care attendants and people who work in palliative care. Those people are very close to the patients. If the federal government decided to allocate funding for health, it would have to support the program.

Le sénateur Pépin: En écoutant, je me suis dit qu'on n'avait qu'à presser sur le bouton pour que tout se mette en marche. Mme Lortie, vous dites que vous avez seulement besoin d'un coup de pouce?

Mme Lortie: Il y a présentement des choses qui se font même sans ressources. En ce qui concerne l'aide au démarrage de programmes paramédicaux en Acadie, ce sont des gens du secteur de la santé de chez nous qui ont décidé de donner un coup de main.

Je crains le fait que les personnes en place sont souvent très fatiguées, qu'elles sont limitées, et qu'elles font tout cela parce qu'elles croient en leur mission. Elles se disent que les francophones doivent s'organiser car il faut absolument qu'il existe des services de santé en français.

Mme Linda Butcher-Assad, directrice du secteur, ne fait que gérer les programmes à la Cité collégiale et elle a beaucoup de pain sur la planche. Malgré tout, elle accepte toujours et avec beaucoup d'énergie de dire que si quelqu'un veut démarrer un programme ailleurs, il est possible de le faire.

Comment peut-on aider? Ma crainte, c'est qu'on ne puisse le faire que de façon embryonnaire. S'il y avait des ressources qui permettraient de s'organiser, de créer un réseautage, on pourrait alors mettre en oeuvre des modèles de formation et travailler à un rythme beaucoup plus rapide. Dans le domaine de la santé, il y a une importante pénurie de ressources.

Le taux de placement de nos étudiants en santé s'élève à plus de 92 p. 100. Tous se trouvent très rapidement un emploi parce qu'ils sont bilingues. Pourtant, on s'aperçoit vite qu'on ne peut pas répondre à la demande et aux multiples besoins existants. Pour ce faire, il faudrait augmenter le nombre de professionnels dans les programmes du secteur de la santé, le nombre d'étudiants et les types de programmes.

Il faut aussi établir un réseautage qui permettrait d'accueillir les étudiants des régions éloignées. En créant différents modèles de formation, on ferait en sorte que les régions éloignées ne perdent pas complètement les étudiants parce qu'ils viennent étudier à Ottawa.

Le désir d'agir est là et les joueurs sont prêts à le faire. Il faut simplement donner un coup de pouce et dire: «Présentez-nous un programme, voici les ressources et allez-y en vous fixant des objectifs».

Dans le cadre du centre national de santé, une nouvelle proposition a été présentée à la ministre. Lors de la première phase, essentiellement, les universités ont été les principaux acteurs et c'est tout à fait légitime. Lors de la seconde phase, les collèges se sont organisés à la dernière minute pour présenter une proposition.

La Cité collégiale apprécierait beaucoup recevoir un appui à cet égard parce qu'on a souvent tendance à oublier que le niveau collégial forme beaucoup de professionnels de la santé comme les infirmières auxiliaires, les préposés en soins de santé et les gens qui travaillent en soins palliatifs. Ces gens sont très près des patients. Si le gouvernement fédéral décidait d'accorder des fonds pour la santé, il faudrait appuyer le programme.

Senator Pépin: That's in cooperation with what department?

Ms Lortie: With the Department of Health, which is currently studying the possibility of adding a second phase to its program. The colleges are included in the context of the national centre and we are part of the proposal.

The Acting Chair: I would like to discuss two points with you. On the list of professions for which you provide training, I see some professions are much more specialized such as electrophysiology and radio-oncology. These professions may not apply to the specific needs of francophones outside Quebec, particularly if the emphasis is being placed on community services.

There are also other professions such as community care attendants, palliative care attendants, we spoke about earlier, nursing assistants and so on. In your wish to meet the needs of the francophone communities, do you draw a distinction between those various professions?

Ms Lortie: Yes, in our planning work in the various regions, we're focusing first on primary care. When we study the needs of British Columbia, Saskatchewan and Alberta, what is apparent in all the health care sectors is the need for palliative care attendants because that's a priority. In an order of priorities, social work and rehabilitation care are the top priorities at the college level. In the proposal we submitted to the national health centre, we attach priority to that sector.

I spoke about it with Ms Assad-Butcher, who is here and who can definitely give a better answer than I can. I made exactly the same comment as you about certain programs such as respiratory therapy, wondering whether that should not be set aside because it's a lower priority sector, in view of the fact that there is less contact with the patient. Ms Assad-Butcher, perhaps you can repeat what you told me.

Ms Linda Assad-Butcher, Director, Health and Community Services, Cité collégiale: Because of the shortage of professionals in all health sectors, we have applications coming from everywhere. In the spring, when our new graduates complete their training, we have people coming from Saskatchewan and Alberta to take respiratory therapy programs because they want to offer that service to their patients in French. These are very costly programs, like radio-oncology technologies, but even though we know that this technology is not offered in French outside Quebec, patients nevertheless need to receive care in French. Radio-oncology technologists administer radiation, anti-cancer drugs and so on. They are therefore in constant contact with the patient.

The Acting Chair: Then, as is the case for cardiac surgeons, there is always a need. Could you establish a certain order of priority in which oral contact in electrophysiology and radio-

Le sénateur Pépin: C'est en collaboration avec quel ministère?

Mme Lortie: Avec le ministère de la Santé, qui étudie présentement la possibilité d'ajouter une deuxième phase à son programme. Les collèges sont inclus dans le cadre du centre national et nous faisons partie de la proposition.

Le président suppléant: J'aimerais aborder deux points avec vous. Dans la liste des professions pour lesquelles vous offrez une formation, je remarque qu'il existe certaines professions beaucoup plus spécialisées comme l'électrophysiologie ou la radio-oncologie. Ces professions ne s'appliquent peut-être pas aux besoins particuliers des francophones hors Québec, surtout si on met l'accent sur les services communautaires.

Il y a aussi d'autres professions comme les préposés aux soins communautaires, les préposés aux soins palliatifs dont nous avons parlé tout à l'heure, les infirmières auxiliaires, et cetera. Dans votre désir de répondre aux besoins des communautés francophones, faites-vous une distinction entre ces diverses professions?

Mme Lortie: Oui, dans notre travail de planification avec les diverses régions, nous nous attaquons d'abord aux soins primaires. Quand on étudie les besoins de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et de l'Alberta, ce qui ressort, dans tous les secteurs de soins de santé, c'est le besoin de préposés en soins palliatifs, parce que c'est ce qui est prioritaire. Dans un ordre de priorités, ce sont les secteurs du travail social et des soins en réadaptation qui sont prioritaires pour le niveau collégial. Dans la proposition que nous avons soumise au centre national de santé, nous accordons la priorité à ce secteur.

J'en parlais avec Mme Assad-Butcher, qui est ici et qui peut certainement répondre mieux que moi. J'ai fait exactement le même commentaire que vous par rapport à certains programmes comme la thérapie respiratoire en me demandant si cela ne devrait pas être mis de côté parce que c'est un secteur moins prioritaire, étant donné qu'il y a moins de contacts avec le patient. Mme Assad-Butcher, vous pouvez peut-être répéter ce que vous m'aviez répondu.

Mme Linda Assad-Butcher, directrice, Santé et services communautaires, Cité collégiale: À cause de la pénurie de tous les professionnels de la santé, nous avons des demandes qui viennent de partout. Au printemps, lorsque nos nouvelles diplômées terminent leur formation, nous avons des gens qui viennent de la Saskatchewan ou de l'Alberta pour suivre des programmes de thérapie respiratoire parce qu'ils veulent offrir ce service en français à leurs patients. Ce sont des programmes qui sont très dispendieux, comme la technique de radio-oncologie, mais même si on sait que cette technique ne s'offre pas en français à l'extérieur du Québec, les patients ont quand même besoin de recevoir des soins en français. C'est le technologue en radio-oncologie qui administre la radiation, les médicaments anti-cancéreux, et cetera. Il est donc en contact constant avec le patient.

Le président suppléant: À ce moment-là, comme pour le chirurgien cardiaque, il y a toujours un besoin. Pourriez-vous établir un certain ordre de priorités où le contact verbal en électrophysiologie et en radio-oncologie est beaucoup moins

oncology is much less important? Language is an oral contact and it is less important for radio-oncology and electrophysiology than it may be in palliative care or nursing.

Is there federal financial support for access to training in French? This committee is examining access to health care in French for francophones outside Quebec. That's a different thing and equally useful. Access for young francophones to stimulating and interesting professions is another thing. That's not really the subject of our study. There is a danger that we may want to confuse the two objectives.

Ms Lortie: At a meeting with the people from Western Canada and New Brunswick, we established an order of priority. In the proposal submitted to the national health centre, the favoured option is priority to all matters pertaining to primary care, not to introduce respiratory therapy programs or much more specialized programs such as biotechnology, for example. Obviously, all that is consistent with the desire to provide better service to francophones outside Quebec and opportunities for contact and needs are much greater when you work directly with patients. In the proposal put forward, we attach priority to the primary sector.

The Acting Chair: Does the report also concern the question of college-level institutions?

Ms Lortie: No. That's one of the reasons why I wanted to meet with you today. Often we say to ourselves that health means doctors and nurses, although, in some provinces, as you are aware, nurses are training at the college level. That's not the case in Ontario, where they are trained in accordance with agreements. There is nevertheless an entire range of programs provided in the health sector. That was the reason for our presentation today.

The Acting Chair: We can therefore tell Dr. Vincent that that's a deficiency!

Ms Lortie: A great deficiency...

Senator Pépin: We support the work you are doing and especially the objectives you are pursuing.

Ms Lortie: Objectives which are very consistent with the content of the report. It's really an important lever if we want to obtain results; that should not be forgotten.

The Acting Chair: The message we want to transmit to you is that, with regard to the training component, in addition to the university training component for doctors and nurses, we must also consider the college component, which comprises the first-line professions, in sectors where we see there are significant deficiencies. In geographical terms, it must be recognized that, west of Ontario, it's a complete desert. No training is given.

Ms Lortie: Precisely.

important? La langue est un contact verbal et il est moins important pour la radio-oncologie ou l'électrophysiologie qu'il peut l'être en soins palliatifs ou en sciences infirmières.

Y a-t-il un appui financier fédéral pour permettre l'accès à la formation en français? Ce comité étudie l'accès des soins de santé en français pour les francophones hors Québec. C'est une chose différente et tout aussi utile. L'accès des jeunes francophones à des professions stimulantes et intéressantes, c'est autre chose. Ce n'est vraiment pas l'objet de notre étude. Il y a un danger de vouloir confondre les deux objectifs.

Mme Lortie: Lors d'une rencontre avec les gens de l'Ouest et du Nouveau-Brunswick, nous avons établi un ordre de priorités. Dans la proposition qui a été déposée au centre national de santé, ce qui a été favorisé est la priorité à tout ce qui concerne les soins primaires et non pas la mise en place de programmes en thérapie respiratoire et de programmes beaucoup plus spécialisés, comme la biotechnologie par exemple. Il est certain que tout cela s'inscrit dans une volonté de donner un meilleur service aux francophones hors Québec et que les occasions de contact et les besoins sont beaucoup plus grands quand on travaille directement avec les patients. Dans la proposition mise de l'avant, nous avons accordé la priorité au secteur primaire.

Le président suppléant: Est-ce que la question des institutions collégiales fait partie du rapport?

Mme Lortie: Non. C'est une des raisons pour lesquelles je voulais vous rencontrer aujourd'hui. Souvent, on se dit que la santé, ce sont les médecins et les infirmières, quoique dans certaines provinces, comme vous le savez, les infirmières sont formées au niveau collégial. Ce n'est pas le cas en Ontario, où elles sont formées suite à des ententes. Il y a quand même toute une gamme de programmes offerts dans le secteur de la santé. C'était la raison de la présentation d'aujourd'hui.

Le président suppléant: On peut donc dire au Dr Vincent que c'est une lacune!

Mme Lortie: Une grande lacune...

Le sénateur Pépin: Nous appuyons le travail que vous faites et surtout les objectifs que vous poursuivez.

Mme Lortie: Des objectifs qui sont très cohérents avec le contenu du rapport. C'est vraiment un levier important si on veut obtenir des résultats, il ne faut pas l'oublier.

Le président suppléant: Le message que vous voulez nous transmettre, c'est qu'en ce qui concerne le volet formation, en plus du volet universitaire de formation pour les médecins et les infirmières, il faut également considérer le volet collégial, dans lequel se situent des professions de première ligne, et ce dans des secteurs où l'on constate des lacunes importantes. Sur le plan géographique, il faut reconnaître qu'à l'ouest de l'Ontario, c'est le désert complet. Il ne se donne aucune formation.

Mme Lortie: Exactement.

The Acting Chair: It remains for me to thank you, Ms Lortie and Mr. Bergeron. I congratulate you once again. You're doing extremely important work. We will definitely refer to college-level instruction in our report. There's no doubt about that.

The committee adjourned.

OTTAWA, Wednesday, September 11, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:13 a.m. in order to examine the document entitled "Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français."

Senator Yves Morin (*Acting Chairman*) in the Chair.

[*Translation*]

The Acting Chairman: To begin, it would be appropriate to note the anniversary of one of the darkest days on the continent and to have a thought for the families of victims of the events of September 11.

I would now like to welcome Ms Pierrette Guimond, from the Faculty of Health Sciences of the University of Ottawa, Rector Yvon Fontaine, from the University of Moncton, and my colleague, co-worker and student, the Assistant Vice-Dean of the Faculty of Medicine of the University of Sherbrooke, who is the coordinator of the francophone Faculty of Medicine of the University of Moncton, in New Brunswick.

Madam Guimond, you have the floor.

Ms Pierrette Guimond, Assistant Professor, Faculty of Health Sciences, School of Nursing, University of Ottawa: I shall attempt to limit my presentation to the seven minutes which have been allocated to me. I have five slides for you.

Some documents which have been prepared have to do with professional training. One of them has been prepared by the Network of French Language Health Services for Eastern Ontario. It is an in-depth report on the training needs of professionals. The report raises a number of issues which were raised in the document entitled "Santé en français," prepared by the Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada. The report has to do with career promotion in the field of health, as well as financial and human incentives which should be offered by francophone institutions with regard to the recruitment and retention of health professionals.

The documents are well prepared and comprehensive, and they provide a very good description of training needs for professionals at the present time. I will not repeat what has already been dealt with in these documents. However, I would like to add another dimension with regard to professional training, one which has to do more specifically with its fundamental aspects or foundations.

Le président suppléant: Il me reste à vous remercier, Mme Lortie et M. Bergeron. Je vous félicite encore une fois. Vous faites un travail extrêmement important. Nous allons sûrement faire référence à l'enseignement au niveau collégial dans notre rapport. Il n'y a aucun doute là-dessus.

La séance est levée.

OTTAWA, le 11 mercredi septembre 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 13, pour examiner le document intitulé «Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français».

Le sénateur Yves Morin (*président suppléant*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

Le président suppléant: Tout d'abord, il serait approprié de souligner l'anniversaire d'un des jours les plus sombres du continent et avoir une pensée pour les familles des victimes des événements du 11 septembre.

J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue à Mme Pierrette Guimond, de la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa, au recteur Yvon Fontaine, de l'Université de Moncton et à mon collègue, confrère et élève, le vice-doyen adjoint à Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, coordonnateur à la Faculté médicale francophone du Nouveau-Brunswick à l'Université de Moncton.

Madame Guimond, je vous donne la parole.

Mme Pierrette Guimond, professeure adjointe, Faculté des sciences de la santé, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa: Je vais tenter de me limiter aux sept minutes de présentation qui me sont allouées. J'ai cinq diapositives à vous présenter.

Certains documents ont été rédigés sur la formation professionnelle. Le réseau des services de santé en français de l'est de l'Ontario a produit un de ces documents. Il s'agit d'un rapport exhaustif sur les besoins en formation de professionnels. Ce rapport rejoint les problématiques soulevées dans le document intitulé «Santé en français», de la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada. Il est question dans ce rapport de la promotion des carrières en santé, des mesures incitatives, financières et humaines que devraient adopter les établissements francophones en ce qui a trait au recrutement et à la rétention de professionnels de la santé.

Ces documents exhaustifs et très bien faits reflètent le contexte actuel des besoins en formation des professionnels. Je ne répéterai pas les propos qui ont déjà été élaborés dans ces documents, mais j'aimerais ajouter une autre perspective de la formation professionnelle qui touche plus particulièrement ses fondements ou ses assises, perspective importante lorsqu'on fait l'étude de la problématique de la formation professionnelle.

Let me first give you an overview of professional training in the field of nursing. I am a professional nurse and my studies at the doctoral level involved, among other matters, the subject of professional training in the field of nursing. This is why I shall be dealing more specifically with this profession. However, the same issues apply to a number of other health professions. They do not concern nursing alone, with the exception of the first criterion, that of entry standards for nursing practice.

We are at present reviewing the academic program in an effort to cooperate with colleges. As you know, the bachelor in nursing sciences will henceforth be required at the entry level to practice nursing. This brings us to our first issue with regard to professional training in nursing. The problems encountered not only have to do with language but also with culture at the collegiate and university levels.

It may seem that my presentation today does not deal specifically with issues relating to the francophone population. In fact, the issues I shall be raising have to do with professional training in general, and also apply to training that takes place in English. These problems are made more acute however because of the language issue, which adds yet another dimension to an existing problem in the area of professional training.

We have seen that there is an important need for change in professional training programs in order to bring about an improvement in this training. At the present time, and this has been the case for a number of years, each academic program review is focused essentially on reorganising content. It is therefore a never-ending exercise.

However, training programs must undergo in-depth changes. Teaching relationships must be re-conceptualized and this means that the philosophical basis of training must be seen in a new light. This new thrust must be based on research results in the field of professional training. New data is available, but it seems that it is practically not taken into account when academic programs are revised.

There is also a need to strengthen the teaching function and to enhance the quality of teaching. I will dwell further on this subject in the next slide but please note that it is a very important factor, given that if the quality of teachers is not as high as it should be, then the entire training program is jeopardized.

It would also be useful to implement new learner-based teaching models which will favour the development of critical, independent thinking. The new trend with regard to health professionals is toward training them to be able to make critical judgments, well-founded clinical judgments, and away from the mainly technically-based philosophies and models previously used in training.

Dressons d'abord un portrait de la formation professionnelle en sciences infirmières. Je suis infirmière de profession et mon doctorat traitait entre autres de la formation professionnelle en sciences infirmières. C'est la raison pour laquelle je parlerai plus spécifiquement cette profession. Toutefois, cette même problématique s'applique à plusieurs autres professions de la santé. Elle n'est pas exclusive aux sciences infirmières, exception faite du premier critère, soit le critère d'admission à l'exercice de la profession.

Nous révisons présentement le programme scolaire car nous devons établir une collaboration avec les collèges. Comme vous le savez, le baccalauréat en sciences infirmières sera maintenant le diplôme requis d'entrée pour exercer la profession. Cela résulte en une première problématique au niveau de la formation professionnelle en sciences infirmières. Non seulement on doit composer avec les problèmes linguistiques, mais aussi avec les problèmes liés à la culture aux niveaux collégial et universitaire.

Ma présentation d'aujourd'hui ne semblera peut-être pas traiter de la problématique spécifique à la population francophone. Effectivement, les problèmes que je soulèverai sont liés à la formation professionnelle en général, mais aussi dans la langue anglaise. Ces mêmes problèmes sont par contre accentués en raison de la problématique linguistique, qui s'ajoute à une problématique déjà existante au niveau de la formation professionnelle.

Nous avons constaté qu'il y a un besoin important d'une révolution des programmes de formation professionnelle pour améliorer la qualité de cette dernière. Actuellement et depuis plusieurs années, chaque révision de programme scolaire est plutôt une révision de programme visant une réorganisation du contenu, donc l'exercice est toujours à recommencer.

Il y aurait lieu de révolutionner les programmes de formation, en ce sens qu'il faudrait viser une reconceptualisation des relations pédagogiques en situation de formation, donc une nouvelle conception des fondements philosophiques. Ce faisant, on devrait tenir compte des résultats des recherches effectuées au sujet de la formation professionnelle. Il existe plusieurs données, et il semble qu'à chaque révision de programme scolaire on tienne très peu compte des résultats de ces recherches.

Il faudrait aussi valoriser la fonction de l'enseignement et la prestation de qualité dans les relations pédagogiques. Je parlerai plus longuement de ce sujet lorsque je vous montrerai une prochaine diapositive au sujet de la valorisation de l'enseignement, mais il s'agit d'un facteur très important, car si la qualité des formateurs est déficiente, tout le programme de formation s'en voit affecté.

Il serait également de mise d'implanter de nouveaux modèles pédagogiques axés sur l'apprenant et qui favoriseraient le développement de la pensée critique. La nouvelle orientation des professions de la santé est de former des professionnels aptes à porter un jugement critique, un jugement clinique éclairé, et à se défaire de la philosophie ou des modèles pédagogiques utilisés auparavant qui étaient, eux, plutôt axés sur la technique.

With regard to nursing sciences, more specifically, we aim to train people who will be able to make enlightened clinical judgments and to develop a sound critical thinking process.

This brings us to the issue of the insufficient number of nurses trained in French. With regard to universities, I have already mentioned the fact that the teaching function is insufficient valued. It is the practical component that distinguishes a professional discipline from a university discipline. In nursing sciences, this practical component has been recognized for sometime as the central element in the training of our future professionals. The importance given to practical training for nurses is well reflected in the number of hours provided for practical training courses as opposed to that provided for theory courses.

Practical training gets twice the amount of time. Whatever the time provided, however, the problem of undervaluation is a real one. It has to do mainly with the fact that institutional conditions do not favour teaching. In the university context, promotions are based on the publication of research reports and the teaching is not well recognized.

Professionals and practical training are even more undervalued. Given that situation, professors, and more specifically university professors, become less and less willing to take part in teaching or practical training activities. It is also extremely difficult for teachers to stay current in their field. The trainer must not only be competent in his or her discipline, but also competent as a teacher.

University professors are competent as teachers, but it is difficult for them to remain competent in their discipline if they are away from their work environment for any length of time.

Teachers of theory are required to hold a master's degree or a doctorate but in the case of practical training, the bachelor degree is still the norm. For practical training, teachers or teaching nurses do not need to hold a master's or a doctorate. Most teaching nurses have no training as teachers and have never taught before. They teach in the way they themselves were taught.

To overcome problems relating to competency in the discipline as opposed to competency in teaching, we could rely more and more on the services of practising nurses, given that they master the subject matter required in the training. This is what we are attempting to do. These nurses would simply need to acquire the necessary teaching skills.

There is a shortage of nurses in the hospital environment. New graduates must often be supervised by experienced nurses, and this means an extra workload for nurses who are already

En sciences infirmières, plus particulièrement, nous voulons former des personnes capables d'établir des jugements cliniques éclairés et de développer une pensée critique solide.

Cela nous amène au problème de la pénurie d'infirmières pouvant recevoir de la formation en français. Pour ce qui est des établissements d'enseignement universitaire, j'ai parlé plus tôt de la dévalorisation de la fonction d'enseignement. C'est la composante pratique qui distingue une discipline professionnelle d'une discipline universitaire. En sciences infirmières, cette composante pratique est reconnue depuis longtemps comme étant au coeur de la formation de nos futurs professionnels. L'importance attribuée à la formation pratique des infirmières peut être illustrée par les comparaisons entre le nombre d'heures consacrées aux cours de formation pratique et celui des heures réservées aux cours théoriques.

En effet, on octroie deux fois plus de temps pour la formation pratique. Quel que soit le temps accordé, il existe un problème réel de dévalorisation qui se rattache principalement à des conditions institutionnelles de soutien défavorables à l'enseignement. Dans le milieu universitaire, le processus de promotion est axé sur la production de rapports de recherche, et l'enseignement est peu reconnu.

Une telle sous-estimation est encore plus vraie pour la formation professionnelle et pour la formation pratique. Cette perception influence donc les valeurs des professeurs, plus spécifiquement des professeurs d'université qui deviennent de plus en plus réticents à s'engager dans des activités d'enseignement ou de formation pratique. Il est aussi très difficile pour les professeurs de maintenir à jour leur compétence disciplinaire. Le formateur devrait avoir non seulement une compétence disciplinaire, mais aussi une compétence pédagogique.

Les professeurs d'université possèdent des compétences pédagogiques, mais après une absence prolongée des milieux de travail, la compétence disciplinaire est difficile à maintenir.

Malgré les exigences de formation pour la maîtrise et le doctorat sur le plan de l'enseignement théorique, dans la formation pratique ces exigences demeurent celles du premier cycle. Pour la formation pratique, les formateurs ou les infirmières enseignantes n'ont pas besoin de détenir une maîtrise ou un doctorat. La plupart de ces infirmières enseignantes ne possèdent aucune formation en pédagogie et n'ont jamais enseigné. Elles enseignent de la façon dont elles ont elles-mêmes appris.

Pour remédier aux problèmes des compétences disciplinaires par rapport aux compétences pédagogiques, on pourrait utiliser de plus en plus les services d'infirmières déjà en exercice, puisqu'elles possèdent les compétences disciplinaires requises pour faire la formation. C'est ce que nous tentons de faire. Ces infirmières n'auraient qu'à acquérir les compétences pédagogiques nécessaires.

Nous faisons face à une pénurie d'infirmières dans les milieux hospitaliers. Les nouvelles diplômées ont souvent besoin d'être supervisées par des infirmières expérimentées, ce qui exige une

overburdened with patients. In such a context, nurses who are presently practising are overworked and they have no interest in taking on the training of new nurses.

To resolve these issues, a number of avenues are open and should be examined. First, we should build a shared vision between universities and health care institutions with regard to the development of new academic and practical training programs. Second, we should establish conditions which would be favourable to the training of trainers. Third, we should revisit present teaching strategies, stressing, for example, training models which favour continuous training of trainers. Fourth, we should establish cooperative programs.

Cooperative programs exist in a number of other disciplines, but not in nursing. This possibility is well worth exploring. With regard to the French-speaking population, it will be necessary to decentralize training programs. Students could be given theoretical training in a centre over a period of months, following which they would be working in their environment or region. After that, they would take part in training sessions for several more months. This would accelerate training, given that cooperative programs are more concentrated. Nurses could therefore be trained more rapidly. As these nurses would already be in their work environment during their training for a relatively lengthy period, this would contribute to lessening the shortage of nurses.

The last recommendation would be to create specialized centres which would not only provide training services in French, but could also be used for training and research more generally. Montfort Hospital would provide an excellent environment in this respect. Efforts could be structured under a theme. There are, for example, a number of themes which would combine health services and services in French. Nurses could help develop research through health education tools, teaching tools, the production, adaptation and validation of evaluation tools, through planning and through health care practices. The idea here would be to bring together the three practical components of training and research within a single centre.

The Acting Chairman: Thank you, Ms Guimond. I now give the floor to Mr. Yvon Fontaine, Rector of Moncton University.

Mr. Yvon Fontaine, Rector and Chairman of the National Health Training Consortium of Moncton University: I wish to thank the Senate Committee for being interested in this important problem having to do with university institutions outside of Quebec and all across French-speaking Canada. I hope that my contribution will shed some light on the issue.

Of course, members of the committee will be interested more specifically in the study of the report prepared by the consultative committee which Mr. Rock had set up at the time as Minister of Health. I have been told that some of you asked controversial

surcharge de travail pour ces infirmières qui ont déjà un excédent de patients. Ces conditions font que les infirmières actuellement en exercice sont débordées et qu'elles ne sont pas intéressées à assumer la formation des nouvelles infirmières.

Il y a plusieurs pistes à privilégier pour répondre à cette problématique. La première serait de construire une vision partagée, c'est-à-dire de concentrer les efforts entre les milieux universitaires et les établissements de soins lors du développement des nouveaux programmes scolaires et de la formation pratique; la deuxième consisterait à créer des conditions favorables à la formation des formateurs; la troisième, à réviser les stratégies pédagogiques actuelles, par exemple préconiser des modèles pédagogiques qui visent la formation continue des formateurs; la quatrième, à mettre sur place des programmes coopératifs.

Il existe des programmes coopératifs dans plusieurs autres disciplines, mais pas en sciences infirmières. Ce serait vraiment une piste très intéressante. En ce qui concerne la population francophone, il faudrait décentraliser les programmes de formation. Les étudiants pourraient recevoir la formation théorique dans un centre pour quelques mois, puis être dans leur milieu ou dans leur région, et enfin effectuer des stages pour encore quelques mois. Cela accélérerait le processus de formation, parce que les programmes coopératifs sont plus concentrés. On pourrait former des infirmières plus rapidement. Le fait que ces infirmières travaillent déjà dans le milieu au cours de leur formation pour une période assez longue contribuerait à atténuer la pénurie d'infirmières.

Une dernière recommandation serait de créer des centres spécialisés qui, tout en procurant des services de formation en santé en français, pourraient servir de lieux de formation et de recherche. L'Hôpital Montfort serait un excellent milieu à cet égard. Il s'agirait de trouver un thème. Je pourrais en proposer quelque-uns qui conjugueraient services de soins de santé et services en français. Les infirmières pourraient ainsi favoriser le développement de la recherche par des outils d'éducation en santé, des outils pédagogiques, la production, l'adaptation et la validation d'outils d'évaluation, par la planification et par l'intervention en soins de santé. Il s'agirait d'agencer les trois composantes pratiques de la formation et de la recherche dans un seul centre.

Le président suppléant: Je vous remercie, madame Guimond. Je cède maintenant la parole à M. Yvon Fontaine, recteur de l'Université de Moncton.

M. Yvon Fontaine, recteur et président du Consortium national de formation en santé de l'Université de Moncton: Je remercie le comité du Sénat de l'intérêt qu'il porte à un problème aussi important que celui des institutions universitaires hors Québec et dans l'ensemble de la francophonie canadienne. J'espère que ma contribution vous éclairera.

Évidemment, ce qui intéresse particulièrement les membres de ce comité, c'est l'étude du rapport produit par le comité consultatif créé par M. Rock, ministre de la Santé de l'époque. On m'a dit que certains d'entre vous avez posé des questions assez

questions yesterday concerning the capacity of communities and institutions to absorb funding and obtain results, in the event that the plan was financed as provided for in the committee report.

I would like to make a number of statements which have to do with a concern which I see as all together legitimate, given my knowledge of education in Canada in minority language environments. It would have been impossible to envisage the creation of an infrastructure for French-language schools outside Quebec and, later on, to establish school boards to manage these schools, and to have teaching specialists build curricula appropriate for the communities concerned, if the federal government had not acted. If it had not, at one time, been confident that universities had to be financed and that professionals had to be trained in the field of education to allow for the creation of a pool of human resources, in order to establish a plan and an education infrastructure for French speaking minorities in Canada, this will not have happened.

There is also something to be said concerning the field of law. In the seventies, there was a debate in Canada concerning this issue. At Moncton University, some had come up with idea of creating an entirely francophone faculty of law to teach common law. We had been told that this was impossible, given that common law was an Anglo-Saxon institution related to the Commonwealth. It may be noted also that, at that time, it was not possible to obtain legal services in French. The practice of law was done entirely in English outside of Quebec. We can see, 25 years later, that through an act of faith an entirely francophone faculty of law was established at the University of Moncton, and later on, at the University of Ottawa, to the common law program — which already existed a french language program was added. So we now see, 25 years later, with judges, lawyers, all those who must serve within the legal system outside of Quebec, that there has been a tremendous evolution. I thought that this analogy would be appropriate given that, today, when we look at the question of health, we see that there are exceptions concerning the health services network outside of Quebec. The rector mentioned Montford Hospital. I am less familiar with the situation in Ontario, but I do know what the situation is where I come from. Some hospital organizations are able to provide health services in French. Given the situation at the present time, and if this is what can be expected in the future, it is certain that the plan you have presented today is beyond the present capacity to provide health care services in the French language. The basic idea here is allow us to build the required infrastructure, so that French speakers have greater access to health services in their language.

To me, the timing of it all seems right. First of all, because we are well aware that the government has reiterated its intention to modify a number of government programs to fulfil its responsibilities under the Official Languages Act and because it has created a committee, chaired by Mr. Dion — made up of several ministers — and that this committee must over the next few weeks present a proposal that the government will consider. For communities and universities outside Quebec, the health care

percutantes hier sur la capacité des communautés et des institutions à absorber et à obtenir les résultats si, effectivement, le plan était financé comme le prévoit le rapport du comité.

Je voudrais quand même faire quelques constatations par rapport à une préoccupation qui m'apparaît tout à fait légitime pour avoir vécu deux phénomènes, celui de l'éducation au Canada dans les régions minoritaires. Il aurait été impossible de penser à établir une infrastructure pour les écoles de langue française à l'extérieur du Québec et, par la suite, établir des commissions scolaires qui allaient gérer ces écoles et disposer de spécialistes en pédagogie pour bâtir des cursus scolaires appropriés à ces communautés s'il n'y avait pas eu, un jour, un acte de confiance de la part du gouvernement fédéral à l'effet qu'il fallait financer des institutions universitaires et former des professionnels dans le domaine de l'éducation pour permettre de créer un bassin de ressources humaines dans le but d'établir un plan et une infrastructure d'éducation pour la minorité francophone au Canada.

Une autre réalité, c'est le domaine du droit. Dans les années 70, un débat s'est ouvert au Canada. À l'Université de Moncton, on avait eu l'idée de créer une faculté de droit entièrement de langue française pour enseigner la common law. On nous avait dit que c'était impossible parce que la common law, c'est une institution anglo-saxonne du Commonwealth, donc il n'était pas possible de faire cela. D'ailleurs, à cette époque, il était impossible d'obtenir des services juridiques en français. Le droit s'exerçait uniquement en anglais à l'extérieur du Québec. Grâce à un acte de foi, 25 ans plus tard, on a créé une faculté de droit à l'Université de Moncton entièrement de langue française et ensuite, l'Université d'Ottawa a doublé son programme de common law — qui existait déjà en anglais — pour en faire un programme en français. Vingt-cinq ans plus tard, allez voir les juges, les avocats, les personnes qui doivent se servir de l'appareil judiciaire à l'extérieur du Québec et vous verrez que l'évolution est formidable. Je voulais faire cette analogie parce qu'aujourd'hui, lorsqu'on étudie la question de la santé, on regarde le réseau de distribution des services de santé hors Québec et il y a des exceptions. Le recteur a parlé de l'Hôpital Montfort. Je connais moins bien la situation en Ontario, mais je connais la situation chez moi. Il y a des coopérations hospitalières qui peuvent donner des soins de santé en français. Si on dit que c'est le portrait et que c'est ce qu'il faut tenir pour acquis à l'avenir, bien sûr que le plan qui vous est présenté aujourd'hui est beaucoup plus luxueux par rapport à la capacité d'accès aux services de santé en français à l'heure actuelle. L'objectif fondamental de cette démarche est de nous permettre de bâtir cette infrastructure, de sorte que le citoyen francophone pourra avoir un plus grand accès aux services de santé dans sa langue.

La synchronisation de tout cela me semble tout à fait au point. D'une part, parce qu'on sait très bien que le gouvernement a réitéré son intention d'ajuster un certain nombre de programmes gouvernementaux pour s'acquitter de ses responsabilités en vertu de la Loi sur les langues officielles et qu'il a créé un comité, présidé par le ministre Dion — dont plusieurs ministres sont membres — et que ce comité doit présenter, dans les prochaines semaines, une proposition que le gouvernement devra considérer.

sector is the best suited for implementing a vision of what we want to do. This is because the health care sector has been a major priority for us for the last three or four years and we have put a lot of thought into it.

For all of these reasons, the time is right and we must consider the report's relevance and conclusions. In fact, this report should be studied in conjunction with the report that was produced by the Fédération des communautés francophones et acadienne, which was released in the summer of 2001 and the results of which were used by the advisory committee created by Minister Rock at the time. A number of our conclusions were based on that data. These conclusions are quite close to reality and communities, aspirations, which is not always the case for all departments and programs. We must admit that we have gone over the health care sector with a fine-tooth comb.

Immediately following the tabling of the report co-chaired by Ms Marie Fortin and Mr. Hubert Gauthier, the university set up the Consortium pour la formation en santé. This consortium is made up of nine college or university institutions outside Quebec and has an agreement with Acadie-Sherbrooke for medical training. In four or five months, we have successfully put together a very detailed file on how to implement the conclusions of the report prepared by Ms Fortin and Mr. Gauthier on training for health care professionals.

The report that we produced and that was analyzed by the government...

The Acting Chairman: I am sorry to interrupt you, but we would really like to see this report.

Mr. Fontaine: You will receive a copy in the next few minutes. There is an executive summary.

The Acting Chairman: We would like to see it in detail.

Mr. Fontaine: There is a longer version of the report. There is also a report for each institution, but I do not have them with me.

The Acting Chairman: We would like to see them.

Mr. Fontaine: I can get them for you. Essentially, the consortium is targeting a complete training program for health care professionals; Ms Guimond told you about the challenges involved in training nurses. This is one of the major components of the proposal currently being considered by the government. All health care professions are being considered, including doctors.

We have developed a five-year plan. One of the next questions that will come up is whether or not we have to develop an ongoing long-term plan. We started by preparing a five-year plan, but we are very much aware that this plan will not address all of the needs with respect to francophone people outside Quebec. The consortium, if you look at the conclusions of the committee chaired by Ms Fortin and Mr. Gauthier, felt that an annual budget envelope of approximately \$15 million would be required for the training component. The government is currently

Pour les communautés et les institutions universitaires hors Québec, c'est le secteur de la santé qui est le plus mûr pour mettre en oeuvre une vision de ce que nous voulons faire. Il est plus mûr parce que ce secteur constitue une grande priorité depuis trois ou quatre ans et que nous y avons réfléchi longuement.

Pour toutes ces raisons, le contexte est favorable et on doit considérer la pertinence et les conclusions du rapport. Le rapport, en fait, il faut l'étudier en même temps que le rapport qui avait été produit par la Fédération des communautés francophones et acadienne, déposé à l'été 2001, et dont les résultats ont servi à la réflexion du comité consultatif créé par le ministre Rock à l'époque. C'est à partir de ces données que nous en sommes arrivés à un certain nombre de conclusions. Ces conclusions sont assez proches de la réalité et des aspirations des communautés, ce qui n'est pas toujours le cas dans tous les ministères et tous les programmes. Nous devons admettre qu'une réflexion approfondie a été réalisée dans le dossier de la santé.

Tout de suite après le dépôt du rapport coprésidé par Mme Marie Fortin et M. Hubert Gauthier, les universitaires ont créé le Consortium pour la formation en santé. Ce consortium regroupe neuf institutions universitaires et/ou collégiales hors Québec et avec l'entente Acadie-Sherbrooke pour la formation en médecine. En quatre ou cinq mois, nous avons réussi à monter un dossier très détaillé sur la façon de mettre en oeuvre les conclusions du rapport de Mme Fortin et de M. Gauthier sur la formation des professions de la santé.

Le rapport que nous avons produit et qui a été analysé par le gouvernement...

Le président suppléant: Je suis désolé de vous interrompre, mais nous aimerions bien voir ce rapport.

M. Fontaine: Des copies vous seront distribuées dans les prochaines minutes. Il y a un sommaire exécutif.

Le président suppléant: Nous aimerions le voir en détail.

M. Fontaine: Il existe un rapport plus volumineux. Il y a aussi un rapport pour chacune des institutions, mais je ne l'ai pas avec moi.

Le président suppléant: Nous aimerions bien les voir.

M. Fontaine: Je peux vous les fournir. Essentiellement, le consortium vise un programme assez complet de formation pour les professions de la santé, Mme Guimond vous a parlé des défis en ce qui concerne la formation des infirmières. C'est une des composantes importantes de la proposition considérée actuellement par le gouvernement. L'ensemble des professions de la santé sont considérées y compris la médecine.

Nous avons élaboré un plan quinquennal. L'une des questions qui surgira ensuite, c'est si nous devons élaborer un programme récurrent à très long terme. Nous avons d'abord déposé un plan quinquennal, mais nous sommes très conscients qu'aux termes de ce plan, l'ensemble des besoins ne sera pas encore traité en ce qui a trait aux populations francophones hors Québec. Le consortium, si vous consultez les conclusions du comité présidé par Mme Fortin et M. Gauthier, jugeait qu'une enveloppe budgétaire annuelle d'environ 15 millions de dollars serait

analyzing a proposal for an envelope of about \$20 million a year. It is not \$20 million multiplied by five. It is about \$100 million. That may seem high. I think that \$100 million over five years, considering that there are one million francophones outside Quebec, means \$100 per person; divide that amount by five, and it is \$20 per year per person, and divide that again by 365 days. This is not an exorbitant amount when we are talking about health care and when we know that it is the most costly service in Canadian society. It is a fraction of the cost of infrastructure for delivering health care services and training for health care professionals. It is a way of inviting decision-makers to study the matter. We must not look at these figures as absolute, but as relative. In that sense, this proposal is necessary. We estimate that we will have to triple the number of francophone health care professionals to achieve that result. This is the challenge facing the institutions.

The cost of what is being proposed is just a fraction of the cost of current registrations to train health care professionals. At our university, we have 1,750 full time students who are interested in the programs covered by the proposal. Imagine the cost for our institution. It represents 20 per cent of the full time population, and an annual budget of \$90 million. Calculate what the institution is already putting into training for health care professionals. I think that this budget envelope as proposed is quite realistic.

My last conclusion shows that the process that gave rise to this vision by university institutions is very interesting. You know, Mr. Chairman — you are a career academic — that universities are highly autonomous and highly individualistic. The fact that we are able to bring together nine college and university institutions around the same table and develop a consensus on a complementary role for each of them in identifying priorities is, to my mind, a major achievement. I have the honour of co-chairing this committee with the rector of the University of Ottawa, Ms Gilles Patry. The atmosphere is excellent. We must continue in the same direction. There is a wealth of experience in each of our institutions that must be used in preparing the plan to carry out the wishes expressed by this committee.

I could go on about this at length, but I would not want to take too much of your time, as I know that you will have questions. I will conclude by saying that consolidating the universities and their ability to train health care professionals will help all communities in terms of delivering health care. In our communities, universities, like the Church in the past, have always been long-standing. When we consolidate these institutions and when they look after their communities' priorities, they represent an absolutely essential foothold for community development.

nécessaire pour le volet de la formation. La proposition analysée par le gouvernement est une enveloppe d'environ 20 millions de dollars par année. Ce ne sont pas 20 millions de dollars multipliés par cinq. C'est environ 100 millions de dollars. Cela peut paraître beaucoup. Je pense que 100 millions de dollars sur 5 ans, en tenant pour acquis qu'il y a 1 million de francophones hors Québec, cela signifie 100 \$ par habitant, divisez ce montant par 5, c'est 20 \$ dollars par année par habitant et divisez à nouveau par 365 jours. Ce ne sont pas des montants exorbitants quand on parle de soins de santé et quand on sait que c'est le service le plus coûteux dans la société canadienne. C'est une fraction de ce que coûte l'infrastructure de la livraison des soins de santé et la formation des professionnels de la santé. C'est une façon d'inviter les décideurs à étudier ce dossier. Il ne faut pas le regarder ces chiffres comme des chiffres absolus, mais de façon relative. Dans ce sens, c'est une proposition tout à fait nécessaire. Nous estimons qu'il faudra tripler le nombre de professionnels de la santé francophones pour y arriver. C'est le défi auquel doivent faire face les institutions.

Le coût de ce qui est proposé est uniquement une fraction du coût des inscriptions en cours pour former des professionnels de la santé. Dans notre université, nous avons 1750 étudiants à temps complet qui sont intéressés par les programmes visés dans la proposition. Imaginez le coût pour notre institution. Cela représente 20 p. 100 des effectifs à temps complet, un budget annuel de 90 millions de dollars. Calculez ce que l'institution injecte déjà dans la formation des professionnels de la santé. Je crois que cette enveloppe budgétaire proposée est tout à fait réaliste.

Ma dernière conclusion montre que le processus qui a suscité cette vision de la part des institutions universitaires est très intéressant. Vous comprendrez, monsieur le président, vous êtes un universitaire de carrière, que les universités sont très autonomistes, très individualistes. Le fait que l'on ait pu regrouper neuf institutions universitaires et collégiales autour d'une même table et arriver à adopter un consensus sur le rôle complémentaire de chacun dans l'identification des priorités constitue, à mon point de vue, un tour de force important. J'ai le privilège de coprésider ce comité avec le recteur de l'Université d'Ottawa, Gilles Patry. L'atmosphère y est excellente. Il faut continuer dans ce sens. Il y a une richesse dans chacune de nos institutions qui mérite d'être mise à contribution dans le plan d'exécution de la volonté exprimée par le comité.

Je pourrais vous parler plus longtemps de ce sujet mais je ne voudrais pas non plus abuser de votre temps car je sais que vous aurez des questions à poser. Je terminerai en disant que le fait de consolider les institutions universitaires et leur capacité de former des professionnels dans le domaine de la santé donnera de la vigueur à toutes les communautés en ce qui a trait à la livraison des soins de santé. Dans nos communautés, les institutions universitaires, tout comme l'Église à l'époque, ont toujours connu une grande pérennité. Lorsqu'on consolide ces institutions et qu'elles s'occupent des priorités de leurs communautés, elles constituent des points d'ancrage absolument indispensables au développement de ces dernières.

Dr. Aurel Schofield, Assistant Vice-Dean, Faculty of Medical Sciences, and Coordinator of francophone health training in New Brunswick: It is an honour for me to make this first presentation to a Senate committee, and I must tell you that I have been taking health care to heart since my first year of practice in New Brunswick. I am involved in medical training. I hope that my background information on how the program was implemented in New Brunswick will enable you to measure the importance of this type of program there, and nationally, in the health care sector for the future.

In New Brunswick, in the 1960s, two commissions looked at setting up a faculty of medicine. The first, the Hall commission, had advocated setting up a francophone faculty of medicine at the University of Moncton. Later on, the second commission decided that it would not be possible because of the costs and the presence of two linguistic communities in New Brunswick, and it preferred, that New Brunswick enter into an agreement with Quebec for training in French and with Dalhousie University for training in English.

That is the origin of the agreement between Quebec and New Brunswick for medical training as well as for training in other health care professions, like rehabilitation sciences. During the first 10 years of this agreement there were very few benefits. Very few doctors returned to New Brunswick, and the number of students accepted into medicine was well under what was expected. People obtained their training in Quebec, got married and stayed in Quebec, as all other health care professionals did. Ten years later, the situation had not changed.

That is when Jean Bernard Robichaud came out with a study showing that the health of francophones in New Brunswick was well below that of anglophones. This fact was attributed to socio-economic factors, the lack of accessibility to services in French, and a lack of resources in the health care field. The most striking was the shortage of doctors.

In 1980, the University of Moncton and the Ministry of Health and Education joined forces. This was a wake-up call for French medical training in New Brunswick. Admissions were coordinated in the three faculties of medicine in Quebec, a medical training program was set up in the francophone community in New Brunswick, and that is what got the ball rolling. In fact, we had to build the medical program and develop services.

Twenty years ago, there were very few health services in French in New Brunswick. Today, 30 per cent of pre-clinical training is done in New Brunswick, and 100 per cent of all family medicine training is done in the province, in decentralized francophone communities.

Our professors are for the most part students we trained thanks to the program but has been in place for the past twenty years. This has had a major impact on health care services, along with the organization of group practice models.

Le docteur Aurel Schofield, vice-doyen adjoint, Faculté de médecine, coordonnateur de la formation médicale francophone du Nouveau-Brunswick: Je suis honoré de venir faire une première présentation à un comité sénatorial et je dois vous dire que le domaine de la santé, je l'ai à coeur depuis ma première année de pratique au Nouveau-Brunswick. Je me suis impliqué dans la formation médicale. J'espère qu'en vous rapportant l'histoire de la mise en place du programme au Nouveau-Brunswick, on pourra constater l'arrimage de ce dossier et du dossier national dans le secteur de la santé pour l'avenir.

Au Nouveau-Brunswick, dans les années 60, deux commissions ont étudié la mise en place d'une faculté de médecine. La première, celle de Hall, avait préconisé la mise en place d'une faculté de médecine francophone à l'Université de Moncton. Plus tard, la deuxième commission a décrété que cela n'était pas possible à cause des coûts et de la présence de deux communautés linguistiques au Nouveau-Brunswick, et elle a plutôt préconisé que le Nouveau-Brunswick fasse affaire avec le Québec pour la formation en langue française et avec l'Université Dalhousie pour la formation en langue anglaise.

De là est née l'entente entre le Québec et le Nouveau-Brunswick pour la formation en médecine ainsi que pour d'autres professions de la santé, comme par exemple les sciences de la réadaptation. Au cours des 10 premières années de cette entente, les bénéfices ont été assez minces. Le retour de médecins au Nouveau-Brunswick a été minime et le nombre d'admissions en médecine était bien en deçà de ce qui était prévu. Les gens suivaient la formation au Québec, se mariaient et demeuraient au Québec tout comme les autres professionnels de la santé. Dix ans plus tard, la situation n'avait pas changé.

C'est alors que l'étude de Jean Bernard Robichaud a démontré que l'état de santé de la population francophone du Nouveau-Brunswick était à ce moment-là bien inférieure à celui de la population anglophone. On attribuait ce fait à des facteurs socioéconomiques, au manque d'accessibilité à des services de santé en français et à un manque de ressources dans le domaine de la santé. C'est le manque de médecins qui était le plus criant.

En 1980, l'Université de Moncton et le ministère de la Santé et de l'Éducation se sont concertés. Ce fut une période de réveil pour la formation médicale francophone au Nouveau-Brunswick. Il y eut des admissions coordonnées dans les trois facultés de médecine du Québec, la mise en place d'un programme de formation médicale dans la communauté francophone du Nouveau-Brunswick et c'est à partir de là que tout s'est enchaîné. En fait, on a dû construire un programme de formation médicale et développer des services.

Il y a 20 ans, les services de santé en français étaient minimes au Nouveau-Brunswick. Aujourd'hui, 30 p. 100 de la formation préclinique se fait au Nouveau-Brunswick et 100 p. 100 de la formation en médecine familiale se fait dans la province, dans des milieux francophones décentralisés.

Nos professeurs sont en grande majorité des étudiants que nous avons formés grâce au programme depuis 20 ans. L'influence sur les services de santé a été importante, avec l'organisation de modèles de pratique de groupe.

Models for obstetrics clinics created by groups of francophone doctors also had a major impact on health care services, while the program was being implemented. Twenty years later, there is a 90 per cent return rate for family physicians and a 75 per cent return rate for specialists. They are well distributed throughout the province and we are retaining approximately 100 per cent of our students who are completing these programs.

As for the cohort of our students who are studying in Quebec and not doing my practical training in New Brunswick, fifty per cent are staying in Quebec. Our conclusions, in terms of recruitment and retention of doctors, have shown statistically that the origin of the candidate is a deciding factor in the candidate's decision to return to practice in his or her region. Clerkships in the community also ensure an ongoing link with these communities. There is a 4/3 return factor to the community. Moreover, if we could concentrate these clerkships, as is done in family medicine, there would be a sevenfold increase in the potential return of for medical students.

The Acting Chairman: Could you repeat what you just said with respect to origin?

Dr. Schofield: When we consider a candidate's origin, New Brunswickers are twice as likely to return to New Brunswick. When we guarantee an ongoing clerkship, they are four times as likely to return and when we offer a series of clerkships one after the other, as in family medicine, they seven times more likely to return to the province.

The Acting Chairman: The clerkships are more important than the place of origin?

Dr. Schofield: Exactly.

The Acting Chairman: The location of the clerkships is more important than the place of origin?

Dr. Schofield: These are significant statistics. An international study conducted by the World Health Organization and Wanka revealed the same predictive values.

In New Brunswick today, 30 per cent of doctors are practising in French, whereas 20 years ago, it was only 18 per cent. Twenty years ago, the ratio of doctors to the general population was one doctor for every 1,742 francophones. Twenty years later, it is one doctor for every 791. So there has been a significant improvement, but there is still a deficit in comparison with the province and the national standard. New Brunswick is one of the poorest provinces in terms of the doctor-to-people ratio.

The Ministry of Health and the Government of New Brunswick seem very happy with the success of our recruitment campaign. We had to fight to prove that we could train high quality students and meet the program's objectives, which were to recruit and retain as many doctors as possible in New Brunswick.

Les modèles de cliniques d'obstétrique créés par des groupes de médecins francophones ont également eu un impact important sur les services de santé, en même temps que le programme s'est mis en oeuvre. Vingt ans plus tard, on constate un retour de 90 p. 100 des médecins de famille et de 75 p. 100 des médecins spécialistes. Il y a une bonne distribution à travers la province et une rétention de près de 100 p. 100 de nos étudiants qui terminent ces programmes.

En ce qui concerne la cohorte de nos étudiants qui ont étudié au Québec et qui n'ont pas fait de stages au Nouveau-Brunswick, 50 p. 100 sont restés au Québec. Nos conclusions, en termes de recrutement et de rétention des médecins, ont démontré statistiquement que l'origine du candidat est un facteur déterminant dans la décision de retourner pratiquer dans sa région. Les stages cliniques en communauté assurent également un lien continu avec ces dernières. Il y a un facteur de 4/3 pour le retour dans sa communauté. De plus, si on pouvait concentrer les stages, comme on l'a fait en médecine familiale, il y aurait sept fois plus de possibilité de retour des étudiants en médecine.

Le président suppléant: Pouvez-vous répéter ce que vous avez dit en ce qui concerne l'origine?

Dr Schofield: Lorsqu'on considère l'origine du candidat, il y a deux fois plus de probabilité d'un retour au Nouveau-Brunswick. Lorsqu'on assurait un stage continu, il y avait un pourcentage de quatre fois plus de probabilité de retour et lorsqu'on offrait une série de stages en blocs, comme en médecine familiale, il y avait sept fois plus de probabilité d'un retour en province.

Le président suppléant: Les stages de formation sont plus importants que le lieu d'origine?

Dr Schofield: Exactement.

Le président suppléant: La localisation des stages est donc plus importante que le lieu d'origine?

Dr Schofield: Ce sont des statistiques significatives. Dans une étude internationale réalisée par l'Organisation mondiale de la santé et par Wanka, ce sont ces mêmes valeurs prédictives qui ressortaient.

Aujourd'hui, au Nouveau-Brunswick, 30 p. 100 des médecins pratiquent en français, alors qu'il y a 20 ans, c'était seulement 18 p. 100. La proportion médecin/population, il y a 20 ans, était d'un médecin pour 1 742 habitants francophones. Vingt ans plus tard, cette proportion est d'un médecin pour 791 habitants. Il y a donc une nette amélioration mais on constate encore un déficit par rapport à la province et à la norme nationale. Le Nouveau-Brunswick est une des provinces les plus pauvres en ce qui concerne la proportion médecin/population.

Le ministère de la Santé et le gouvernement du Nouveau-Brunswick semblent très contents du succès de notre campagne de recrutement. On a dû se débattre pour prouver qu'on était capable de former des étudiants de qualité et de répondre aux objectifs du programme, qui étaient de recruter et de retenir le maximum de médecins au Nouveau-Brunswick.

The partnership with the institutions and the role that the University of Moncton has played in training at the health sciences degree level and the coordination of admissions in the three faculties of medicine have all been very important. I must also highlight the role the Ministry of Education has played by providing us with the budget that enabled us to administer locally. This budget enabled us to put in place a structure for medical sciences in the province and to evolve. The three faculties of medicine in Quebec have always supported this approach. I must say that the University of Sherbrooke has been our guardian angel. It gave us the confidence to develop this program. Thanks to everyone, we have succeeded in putting in place an effective structure that meet medical students' needs in an optimal way. This structure required financial resources and a lot of time. The debate over the past 15 years has been difficult and slow. In the end, we have gained ground thanks to the structure that we set up and the funding we received.

We must continue trying to increase the number of medical students. The Government of New Brunswick is currently funding 25 spaces per year. We could really use some 40 francophone spaces per year and 40 anglophones spaces. The Government of New Brunswick has always planned its medical force by taken into account the fact that it would have to pay to train 50 per cent of these health care professionals and that it would recruit the other 50 per cent from other universities.

This was always more realistic in the anglophone side, because there are English medical schools. The number of French universities is limited to the University of Ottawa and to the universities in Quebec. That is why there are fewer francophone doctors in New Brunswick than there are anglophone doctors. We must try to increase the number of medical students as part of the Quebec-New Brunswick agreement. Based on the experience we have gained over the past 20 years, we would be prepared to play an Atlantic francophone role by helping neighbouring provinces develop similar programs.

Our objective is to continue decentralizing the program for New Brunswick, which would help meet the province's needs. We would also like to add interdisciplinary training. We must examine these training programs in order to integrate training for doctors and nurses and that of other health care professionals. That is the future direction for the discipline. As educators and professionals, I think we must move in that direction. Training professors is also important.

Research and front-line health care services, the organization of services, the health of the general population are extremely important in developing these programs. That is done from the ground up in order to decentralize and obtain a more comprehensive project.

Le partenariat entre les institutions et le rôle que l'Université de Moncton a joué dans la formation au niveau du diplôme de sciences santé et de la coordination des admissions dans les trois facultés de médecine ont été très importants. Je dois aussi souligner le rôle que le ministère de l'Éducation a voulu jouer en nous donnant un budget que nous avons pu administrer localement. Ce budget nous a permis de mettre en place une structure de sciences médicales dans la province et d'évoluer. Les trois facultés de médecine du Québec ont toujours appuyé ce dossier. Je dois dire que l'Université de Sherbrooke a été l'âme sœur qui nous a pilotés. Celle-ci nous a fait confiance pour développer ce programme. Grâce à tout ce monde, on a réussi à mettre en place une structure efficace qui répond de façon maximale aux besoins des étudiants en médecine. Cette structure a nécessité des ressources financières et beaucoup de temps. Tout le débat qui s'est fait au cours des 15 dernières années a été pénible et lent. On a fini par gagner du terrain grâce à la structure qu'on s'est donnée et au financement qu'on a reçu.

On doit continuer à vouloir augmenter le nombre d'étudiants en médecine. Actuellement, le gouvernement du Nouveau-Brunswick finance 25 postes par année. Les besoins réels seraient plutôt près de 40 postes francophones par année et de 40 postes anglophones. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a toujours planifié sa main-d'œuvre médicale en tenant compte du fait qu'il fallait payer pour former 50 p. 100 de ces professionnels de la santé et recruter le 50 p. 100 additionnel sur les tablettes parmi les autres universités.

Du côté anglophone, cela est plus réaliste parce que les facultés de médecine anglophones sont plus nombreuses. Le nombre d'universités francophones est limité à celles d'Ottawa et les universités du Québec. C'est la raison pour laquelle la proportion de médecins francophones au Nouveau-Brunswick est inférieure à celle de médecins anglophones. Il faut encourager l'augmentation des étudiants en médecine dans l'entente Québec-Nouveau-Brunswick. Suite à l'expertise acquise au cours des 20 dernières années, on serait prêt à jouer un rôle atlantique-francophone en aidant les provinces voisines à développer un programme semblable.

Notre objectif est de poursuivre la décentralisation du programme pour le Nouveau-Brunswick, ce qui aidera à répondre aux besoins de la province. Dans les programmes de formation, on aimerait ajouter une formation interdisciplinaire. On doit se pencher sur ces programmes de formation afin d'intégrer la formation de médecins et d'infirmières et des autres professionnels de la santé. C'est la direction que prendra cette discipline dans l'avenir. En tant qu'éducateurs et professionnels, je pense qu'on doit s'orienter dans cette direction. La formation professorale est aussi importante.

La recherche en soins de santé de première ligne, l'organisation des services et l'état de santé de la population sont extrêmement importants pour développer les programmes. Cela se fait à partir du terrain afin d'effectuer la décentralisation pour un projet plus global.

The francophone medical training program can serve as a model for any other training program in health care disciplines. We must propose cooperation with anyone willing to work with us to develop decentralized programs that are as close to the regions as possible, in order to maximize training, recruitment and retention of medical professionals.

To conclude, the health care file that we have presented with respect to training is part of a host of initiatives that the advisory committee wanted to put in place. It is very important for training to be closely linked with other levers, because training will definitely have an impact on how health care professionals practice and how services are organized. So these links are very important. I would like to see the committee and the Senate throw their support behind all of these health care issues so that we can get the most out of integrating these five approaches. Training must be decentralized and as close to the regions as possible, and must take into account criteria for successful recruitment and retention of health care professionals.

We can achieve that with adequate long terms budgets. The budgets are tabled for five-year periods. However in five years, health care professionals will not have completed their training. Training programs take from six to ten years, and this where the needs are. We have a lot of catching up to do. There is a lot of work ahead for those who want to get involved. The matter has been presented in a very user-friendly way with all of the five approaches and we hope that it will be based on a very solid foundation. Our francophone communities will be able to benefit enjoy equity in the area of health care services.

The Acting Chairman: Thank you very much, Doctor Schofield, Ms Guimond, et Mr. Fontaine for you presentations which were very clear.

Senator Pépin: Ms Guimond, I want to see if I fully understood the points you raised. Overall, you were saying that we must re-emphasize the importance of teaching, because there is a real problem in this regard for people who are currently teaching?

Ms Guimond: Yes.

Senator Pépin: You also said that co-op programs must be put in place for these training and research practices, and that people who are currently teaching say that many of them do not have pedagogical training. Do you feel that is a major shortcoming? The teaching corps may not have all of the necessary knowledge.

Ms Guimond: They do not have the pedagogical approaches, but they master the practical side. We rely heavily on the mentoring approach. The problem with university professors in clinical environments is one of maintaining skills in the discipline. To offset that, we ask nurses who are already practising and who have a good mastery of their work — they work in the field every day and they have excellent skills in their discipline — to help us.

L'exemple du programme de formation médicale francophone peut s'appliquer à n'importe quel autre programme de formation dans les disciplines de la santé. Il faut promouvoir la collaboration avec qui voudra bien travailler avec nous pour développer des programmes décentralisés et le plus près possible des régions, afin de maximiser la formation, le recrutement et la rétention des professionnels.

Pour conclure, le dossier de la santé qu'on a présenté au niveau de la formation, fait partie de l'ensemble des dossiers que le comité consultatif a voulu mettre en place. Il est très important que le dossier de formation s'arrime bien avec l'ensemble des leviers, parce que la formation va définitivement avoir une influence sur la pratique des professionnels de la santé et sur l'organisation des services. Il est très important que cet arrimage ait lieu. Je voudrais bien que votre comité et le Sénat puissent appuyer fortement l'ensemble des dossiers de santé afin de retirer tout ce qu'on peut de l'intégration de ces cinq leviers. Il faut aussi que le dossier de formation soit décentralisé et le plus près possible des régions, et qu'il tienne compte des critères de succès de recrutement et de rétention du personnel de la santé.

On est capable de faire cela avec des budgets adéquats à long terme. Les budgets déposés sont des budgets pour une période de cinq ans. Toutefois dans cinq ans des professionnels de la santé n'auront pas terminé leur formation. Les programmes de formation prennent de six à dix ans, et c'est dans ce domaine que seront les besoins. On a beaucoup de rattrapage à faire. Il y a du pain sur la planche pour tous ceux qui voudront bien s'y adonner. Le dossier est présenté de façon très conviviale avec l'ensemble de ces cinq leviers et on espère que le dossier reposera sur un pied solide. Nos communautés francophones vont pouvoir bénéficier d'équité dans le domaine des services de santé.

Le président suppléant: Je vous remercie beaucoup, docteur Schofield, madame Guimond et monsieur Fontaine pour vos exposés qui ont été très clairs.

Le sénateur Pépin: Madame Guimond, je veux vérifier si j'ai bien compris les points que vous avez soulevés. Dans l'ensemble, vous avez dit qu'il faut revaloriser l'enseignement parce qu'il y a un problème réel de dévalorisation pour les personnes qui font l'enseignement?

Mme Guimont: Oui.

Le sénateur Pépin: Vous avez aussi dit qu'il faut mettre en place des programmes de coopérative pour ces pratiques de formation et de recherche, et que les personnes qui font de l'enseignement actuellement disent que plusieurs d'entre elles n'ont pas de formation pédagogique. Trouvez-vous que c'est un manque important? Les enseignants n'ont peut-être pas toutes les connaissances nécessaires.

Mme Guimont: Elles n'ont pas les approches pédagogiques mais elles maîtrisent bien l'aspect pratique. On utilise beaucoup l'approche du préceptorat ou du «mentorat». Le problème des professeurs d'universités dans les milieux cliniques est celui du maintien des compétences disciplinaires. Pour contrebalancer cela, on demande aux infirmières déjà en exercice et qui ont une bonne maîtrise de leur travail — elles travaillent tous les jours

However, they are not teachers.

We are favouring the mentoring approach more and more, where we pair a student nurse with a nurse practitioner. However, from one day to the next, the nurse who is paired with a student is often asked to become a teacher.

These nurses are at a loss as to how to pass on their knowledge, as they do not have the teaching skills. The student nurses learn by observing, which means that employers are not always satisfied with their performance when they start working. Employers find that they do not have enough skills to take on the responsibilities they are required to because they lack experience.

Senator Pépin: If I understand correctly, nurses study nursing at cégep or in college, and they practice only once the theory courses have been completed.

Ms Guimond: That is correct.

Senator Pépin: Several years ago, students took their courses in a hospital. Students practised eight hours a day in a hospital environment in addition to devoting four additional hours to their studies each day. The material was assimilated more quickly. The current system should be based on that model.

Ms Guimond: Absolutely. We cannot teach all of the theory. I will give you a practical example. I thought a fourth year surgery class. Students only had four days of practicum to apply this theory. That is not very much. That is why employers are not satisfied with the results. To offset that, we organized consolidation practicums, in other words, intensive eight-week practicums at the end of the program. Students are paired with nurses who have disciplinary skills. However, this is an additional responsibility for these nurses who, although they are experienced, do not necessarily have teaching skills. It would be a good idea to give these nurses some teacher training to help the students.

Senator Pépin: Is the training you are describing offered to everyone or simply francophones?

Ms Guimond: It is the same for everyone.

Senator Pépin: I would be in favour of going back to the old system. It would also give students an opportunity early on after the start of classes to see whether the profession suits them.

Ms Guimond: That is where we have the problem with retention.

Senator Pépin: What would we need to develop a more practical patient-focused system?

Ms Guimond: We should emphasize practical training, which is not sufficiently done at present. We should also increase the length of the internships. To do so, we need people in the field

dans le milieu et elles ont d'excellentes compétences disciplinaires — de nous assister. Par contre, ce ne sont pas des enseignantes.

De plus en plus, on préconise l'approche qu'on appelle «programmes par preceptorat» où on jumelle une étudiante-infirmière avec une infirmière pratiquante. Cependant, du jour au lendemain on demande souvent à cette infirmière jumelée à une étudiante de devenir enseignante.

Ces infirmières sont dépourvues, ne sachant par comment transmettre leurs connaissances, ne disposant pas de ces habiletés. Les étudiantes infirmières apprennent alors par observation, ce qui fait que les employeurs ne sont pas toujours satisfaits de leur rendement lorsqu'elles entrent dans le milieu du travail. Ils ne les trouvent pas suffisamment compétentes pour assumer les responsabilités qui leur incombent parce qu'elles n'ont pas d'expérience.

Le sénateur Pépin: Si je comprends bien, les infirmières apprennent le nursing au cégep ou au collège, puis elles viennent pratiquer une fois le cours théorique terminé seulement.

Mme Guimond: C'est exact.

Le sénateur Pépin: Il y a plusieurs années, les étudiantes prenaient leurs cours à l'hôpital. Les étudiantes pratiquaient 8 heures par jour en milieu hospitalier en plus de consacrer 4 heures supplémentaires aux études par jour. L'assimilation était plus rapide. Le système actuel devrait s'inspirer de ce modèle.

Mme Guimond: Absolument. Sur le plan théorique, on ne peut pas enseigner la théorie au complet. Sur le plan pratique, je vous donne un exemple. J'ai enseigné un cours de médecine-chirurgie au niveau de la quatrième année. Les étudiantes n'ont eu que 12 jours de stage pour appliquer cette théorie à la pratique. C'est très peu. C'est la raison pour laquelle des employeurs ne sont pas satisfaits des résultats. Pour contrebalancer cet effet, on fait des stages de consolidation, c'est-à-dire des stages intensifs de huit semaines à la fin du programme. Les étudiantes sont alors jumelées avec des infirmières qui ont les compétences disciplinaires. Par contre, c'est une tâche additionnelle pour ces infirmières qui, bien qu'elles soient expérimentées, n'ont pas nécessairement les compétences pédagogiques. Il y aurait lieu de former ces infirmières en pédagogie pour assister les étudiantes.

Le sénateur Pépin: La formation que vous me décrivez, est-elle offerte à tout le monde ou simplement aux francophones?

Mme Guimond: Elle est la même pour tous.

Le sénateur Pépin: Je préconiserais le retour à l'ancien système. Cela permettrait également aux étudiantes de savoir assez tôt après le début des classes si ce métier leur convient.

Mme Guimond: C'est la boucle où on retrouve des problèmes de rétention.

Le sénateur Pépin: De quoi aurions-nous besoin pour développer un système plus pratique et bien axé vers le patient?

Mme Guimond: Il faudrait valoriser la formation pratique, ce qui ne se fait pas suffisamment présentement. Il faudrait augmenter les stages pratiques. Pour ce faire, nous avons besoin

who are able to provide this training. There should also be some teacher training for nurses who are already practising. The problem at present is that they are already overworked.

Mr. Fontaine: I am not aware of the details, but there are perhaps some differences with respect to the curriculum. In Ontario, a transition is currently underway. College training programs lead to a B.A., which is a new requirement to enter the profession. For us, it has been a requirement for the past five years. College or two-year programs no longer exist. Students must have a B.A. to practise the profession.

Professor Guimond is raising a real difficulty. In our university, we have been forced to hire teacher practitioners who are simply monitoring students during their practicum in the hospitals. These are not nurses from the Hospital Corporation; they are university employees, professional nurses who have a graduate degree. They are training as practitioners, but they work exclusively for the institution, in the hospital. The problem is finding enough of these trainers, as there are not enough of them.

The Acting Chairman: That system is coming quite universal.

Senator Losier-Cool: Mr. Chairman, I do not know if you want to continue on the topic of nurses.

The Acting Chairman: You should be specifically examining the francophone situation.

Senator Losier-Cool: Mr. Fontaine, I would like to thank you for using your examples to illustrate the level of maturity that has been reached with regard to health care issues by talking about education and justice.

Ms Guimond, you have highlighted the shortage of nurses. You even said: "produce nurses quickly." The word "produce" struck me. Are there any orientation programs designed to interest young men in the nursing profession? With the women's movement, many women have opted for medicine. However, we do not see the same among men. Is it because there are not enough role models?

Ms Guimond: It is true that we have very few male students from year to year. Some years, there are three or four young men out of 30 students on the francophone side, and the same problem exists on the anglophone side. There are no specific incentives or recruitment programs to attract men to the profession. I do not think that there is anything specific being done in that regard. I made a presentation in the high school. The only advertisement for the presentation was a poster on the bulletin board. Not a single man attended the presentation.

de personnes du milieu capables de procurer cette formation. Il faudrait donc donner une formation pédagogique aux infirmières déjà en exercice. Le problème, à l'heure actuelle, c'est qu'elles sont vraiment surchargées.

M. Fontaine: Je ne suis pas au courant des détails, mais il y a peut-être des variations quant aux curriculum. En Ontario, une transition est en train de s'opérer. Les programmes de formation collégiaux cheminent vers le baccalauréat, nouvelle exigence pour entrer dans la profession. Chez nous, cela fait déjà cinq ans que c'est le cas. Tous les programmes collégiaux ou de deux ans n'existent plus. Il faut maintenant être bachelier pour exercer la profession.

C'est une réelle difficulté que pose le professeur Guimond. Dans notre université, nous avons été obligés d'embaucher des enseignantes praticiennes qui font uniquement l'encadrement des étudiantes lors de leur stage en milieu hospitalier. Ce ne sont pas des infirmières de la corporation hospitalière qui le font. Ce sont des employés de l'université, des infirmières professionnelles qui détiennent un diplôme de deuxième cycle. Elles ont une formation de praticienne, mais elles travaillent exclusivement pour l'institution, mais dans le milieu hospitalier. Le problème qui se pose est de trouver suffisamment de ce type de formateurs, lesquels sont peu nombreux.

Le président suppléant: C'est un système qui devient assez universel.

Le sénateur Losier-Cool: Monsieur le président, je ne sais pas si vous voulez continuer sur la question des infirmières.

Le président suppléant: On devrait plutôt se pencher sur la situation francophone spécifiquement.

Le sénateur Losier-Cool: Monsieur Fontaine, j'aimerais vous remercier d'avoir su, par vos exemples, illustrer la maturité atteinte sur les questions de soins de santé en parlant de l'éducation et de la justice.

Madame Guimond, vous avez mis l'accent sur la pénurie des infirmières. Vous avez même dit: «produire des infirmières aussi rapidement». J'ai accroché sur le mot «produire». Existe-t-il des programmes d'orientation afin d'intéresser les jeunes hommes à la profession des soins infirmiers? Avec le mouvement des femmes, beaucoup de femmes ont opté pour la médecine. Par contre, on ne voit pas cela chez les hommes. Est-ce parce qu'il n'y a pas encore assez de modèles?

Mme Guimond: Effectivement, on a très peu d'inscription du côté masculin d'année en année. Certaines années, on peut compter trois ou quatre jeunes hommes sur une classe de 30 étudiants du côté francophone, et le même problème existe du côté anglophone. Il n'y a pas de programmes incitatifs ou de recrutement spécifique pour attirer les hommes dans la profession. Je ne crois pas qu'il y ait de démarches précises dans ce but. J'ai fait une présentation dans une école secondaire. Cette présentation était annoncée simplement par affichage sur les babillards. Lors de la présentation, parmi toutes les personnes présentes, il n'y avait qu'un homme.

Senator Losier-Cool: Mr. Fontaine, if the federal government were to tie its transfers to the provinces to a condition or obligation to provide training in French, would it again be accused of interference? Remember what happened with the Millennium Scholarships.

Mr. Fontaine: We think about that when we work on matters like this for several reasons. In the longer term, we cannot see how provinces cannot be involved in this initiative for a long period. Initially they are not. In many cases, when francophone universities outside Quebec offer courses in the health care field, operational budgets for these universities come from the provinces. So the provinces are already funding French training for health professionals. It is, obviously, not universal. It is more less important based on the jurisdiction and the university.

From our experience, if we want to be successful in attracting candidates to the health care professions who will become health care professionals, and who will stay in the communities, part of the training must be done in these institutions, and another part in the communities where the services of these professionals will subsequently be required.

Today, some provincial jurisdictions are providing partial funding, Ontario, the University of Ottawa, Laurentian, et cetera, and New Brunswick. Elsewhere, there are very few or no professional training programs in the area of health care. These are not the most reluctant provinces, but the ones with which it would take more time to conclude agreements.

This is not unlike other matters that we have dealt with. I spoke about education and law. During the crisis in the 1980s, I think Senator Pépin was a politician at the time, is that not correct? The crisis in the 1980s in the west was resolved for the most part when the federal Cabinet stated that it would inject funds through a special agreement for schools board management and for developing francophone schools in the West and elsewhere. The federal government did it. For the next five years, there were negotiations and agreements and the provinces gradually followed suit. If the federal government is not prepared to get directly involved in the short term with the institutions and the communities to put this type of approach in place, we will have difficulty moving quickly. We do not have much time to lose.

If we cannot train health care professionals, they will go elsewhere, and the phenomenon described by doctor Schofield will occur. They will go to Quebec. I like going to Quebec. The problem is that if people do not come back, there will be more Acadians living in Quebec than in Acadia, in that causes a problem in Acadia.

That is the issue, but at the moment, I think the federal government needs to show significant leadership in this regard if we want to see some results.

Senator Losier-Cool: I would like to ask Dr. Schofield a question about francophones in the Atlantic Region. I know you are very familiar with this part of the country. The FCFA report

Le sénateur Losier-Cool: Monsieur Fontaine, si le gouvernement fédéral dans son transfert aux provinces, mettait une restriction ou une obligation à la question de formation en français, risquerait-t-on encore de tomber dans l'ingérence? Il faut se rappeler les bourses du millénaire.

M. Fontaine: On y réfléchit lorsqu'on complète des dossiers de ce genre et ce, pour plusieurs raisons.    plus long terme, on ne peut pas imaginer que les provinces peuvent longtemps être absentes de tout cette initiative. D'abord elles ne le sont pas. Dans plusieurs cas, quand on a des institutions universitaires francophones hors Québec qui offrent des cours dans le domaine de la santé, les budgets opérationnels de ces universités viennent des provinces. Donc, les provinces financent déjà de la formation en français pour des professionnels de la santé.   videmment, ce n'est pas universel. C'est plus ou moins important selon la juridiction et selon l'université.

D'expérience, on sait que si on veut avoir du succès et attirer des candidats dans les professions de la santé qui deviendront des professionnels de la santé, et qui res  tront dans les milieux qui sont les leurs, il faut qu'une partie de la formation se fasse dans des institutions, et un autre partie dans les milieux qui auront besoin de ces professionnels par la suite.

Aujourd'hui, vous avez les juridictions provinciales qui financent en partie, l'Ontario, l'Université d'Ottawa, la Laurentienne, et cetera, et le Nouveau-Brunswick. Ailleurs, il y a très peu ou pas de programmes de formation professionnelle dans le domaine de la santé. Ce sont les provinces non pas les plus récalcitrantes mais celles avec lesquelles cela prendrait plus de temps à conclure des ententes.

Ce n'est pas étranger à d'autres dossiers qu'on a vécus. Je vous ai parlé d'éducation, de droit. Dans la crise des années 1980, je pense que le sénateur Pépin était politicienne à l'époque, n'est-ce pas? La crise des années 1980 dans l'Ouest a été réglé en bonne partie quand le cabinet fédéral a dit: on va injecter des fonds dans une entente spéciale pour la gestion scolaire et le développement des écoles francophones dans l'Ouest et ailleurs. Le gouvernement fédéral l'a fait. Ensuite, pendant ces cinq années, il y a eu des pourparlers et des ententes et graduellement les provinces ont emboîté le pas. Je vous dis que si le gouvernement fédéral n'est pas prêt à transiger directement, à court terme, avec les institutions et les communautés pour mettre en marche cette démarche, on aura de la difficulté à se mettre rapidement à l'œuvre. On n'a pas beaucoup de temps à perdre.

Si on ne peut pas former les professionnels de la santé, ils vont aller ailleurs et il va se produire le phénomène que le docteur Schofield a décrit. Ils vont aller au Québec. J'aime bien aller au Québec. Le problème, c'est que si on ne revient pas, cela fait plus d'Acadiens au Québec qu'en Acadie et cela crée un problème en Acadie.

C'est l'enjeu, mais dans la phase actuelle, je crois que le gouvernement fédéral aura besoin d'exercer un leadership important à ce niveau si on veut avoir des résultats.

Le sénateur Losier-Cool: Je veux poser une question au Dr Schofield sur les francophones de la région atlantique. Je sais que vous connaissez bien cette région. Le rapport de la FCFA

stated clearly that francophones living in Newfoundland had no access to health care services in French — and this applies to francophones of, again, both Labrador City and Cap Saint-Georges. Would you agree that we need an isolated post allowance?

Dr. Schofield: For professionals?

Senator Losier-Cool: Yes, for professionals, for the doctors. This is a question that comes up in the case of northern Quebec, and many other regions.

Dr. Schofield: I can tell you what I think about isolated post premiums. I think they are helpful, but I do not think they are a long-term guaranty of success. The studies on isolation premiums show that they are good, but they have relatively little impact on recruitment and even less on retention. People go to these remote locations on contract, they get their pay, and at the end of their contract, they leave. So we are constantly having to start over again. Isolated post premiums concern me a little, because we are in a competitive market.

At the moment, health care professionals in Canada are worth their weight in gold. We are looking for health care professionals and the richest provinces are paying them salaries in keeping with high demand. But this leaves out the poor provinces and rural regions. I fear that getting involved in a competitive market is going to take us where we do not want to go. Such advantages may be helpful, but their usefulness is limited.

Senator Losier-Cool: This often comes to a question of principle and a matter of personal opinion. You spoke about positions. You are well aware of the situation, because you are the director of the agreement involving Acadia and Sherbrooke. Are the University of Moncton and the Beauséjour Corporation not mature enough to offer a full medical training program in Acadia?

Mr. Fontaine: Is the question for me or for him?

Dr. Schofield: I think that this is definitely not a decision for which I am solely responsible. However, if we look at all the success we have had with the medical training program in its present form, I think we have put in place all the criteria for successful recruitment and retention within the decentralized medical training program. It is true that we deal mostly with the Beauséjour Corporation, but we deal with others as well. I have students who go to the Edmundston and Bathurst region. They work on the Acadian Peninsula in Bathurst and Edmundston, and they go to the Grand-Sault region as well. We have a sort of decentralized education network in the province.

What we should perhaps have in New Brunswick is better cooperation among the four hospital corporations so as to develop this decentralized program in partnership with the University of Moncton and the University of Sherbrooke. If, some day, everything is in place for the faculty of medicine, then we should proceed, but that is not my decision to make.

Senator Losier-Cool: Would that be helpful to francophones in other Atlantic provinces?

a bien indiqué que les francophones de Terre-Neuve n'avaient pas accès à aucun soin en santé en français, que ce soit les francophones de Labrador City ou du Cap Saint-Georges. Seriez-vous d'accord qu'il faudrait établir une prime d'éloignement?

Dr Schofield: Pour les professionnels?

Le sénateur Losier-Cool: Pour les professionnels, pour les médecins. On se pose la question pour le Nord du Québec, pour bien des régions.

Dr Schofield: Je peux vous donner mon opinion sur les primes d'éloignement. Je vois cela comme une aide, mais je ne vois pas cela comme un garant de succès à long terme. Si on regarde les études qui ont été faites sur les primes d'éloignement, c'est très bon mais cela a une influence assez faible sur le recrutement et cela a encore une influence encore plus faible sur la rétention. Les gens y vont, ils y vont à contrat, ils reçoivent leur salaire et à la fin du contrat, ils partent. C'est donc toujours à renouveler. Les primes d'éloignement m'inquiètent un peu car on est dans un marché de compétition.

Actuellement, les professionnels de la santé au Canada valent leur pesant d'or. On cherche des professionnels de la santé et les provinces les plus riches les rémunèrent en conséquence. Ceux qui n'en bénéficient pas, ce sont les provinces pauvres et les régions rurales. S'impliquer dans un marché de compétition, je crains que cela va nous amener là où nous ne voulons pas aller. Cela peut aider mais c'est tout de même limité.

Le sénateur Losier-Cool: C'est souvent une question de principe et d'opinion personnelle. Vous avez parlé des postes. Vous êtes très bien au courant puisque vous êtes le directeur de l'entente avec Acadie-Sherbrooke. Ne sommes nous pas assez mature, à l'Université de Moncton et à la Corporation Beauséjour, pour donner une formation en médecine, 100 p.100 en Acadie?

M. Fontaine: Est-ce à moi ou à lui que vous posez la question?

Dr Schofield: Je pense que c'est certainement une décision qui ne dépend pas seulement de moi. Mais si on regarde tout le succès qu'on a eu avec le programme de formation médicale tel qu'il est construit, je pense qu'on a bâti, au sein du programme de formation médicale décentralisé, tous les critères intrinsèques de succès de recrutement et de rétention. C'est vrai qu'on fait principalement affaire avec la Corporation Beauséjour, mais pas seulement avec elle. J'ai des étudiants qui vont dans la région d'Edmunston, de Bathurst. Ils vont dans la péninsule acadienne, à Bathurst et d'Edmunston, ils vont dans la région de Grand-Sault. C'est comme un réseau d'éducation décentralisé que j'ai dans la province.

Ce qu'on devrait peut-être avoir au Nouveau-Brunswick, c'est une meilleure collaboration entre les quatre corporations hospitalières pour justement développer ce programme de décentralisation avec l'Université de Moncton et l'Université de Sherbrooke en partenariat. Si, un jour, tout est en place pour la faculté de médecine, allons-y, mais je pense que ce n'est pas une décision qui est de mon ressort.

Le sénateur Losier-Cool: Est-ce que cela aiderait aux francophones des autres provinces de l'Atlantique?

Dr. Schofield: I think a francophone training facility in the Atlantic region would be helpful to Nova Scotia, Prince Edward Island and Newfoundland. I think we could be influential in that regard. I do not agree that we need a faculty of medicine to achieve this objective. I think can get there in a different way. This may be a long term vision. However, I think that what we have done so far has enabled us to provide many services, and the system is working well. We have to capitalize on what works well. Let us continue in the same direction. If, someday, there is the political will to establish a French-language faculty of medicine in the Atlantic region, that will be fine with me.

The Acting Chairman: That is a very diplomatic answer. For a doctor, that is most diplomatic.

Senator Gauthier: I have a few questions. First of all, you doctors should not be upset to hear that lawyers are about 25 years ahead of you in the practice of law in French throughout Canada. One of the reasons for that is that the federal government is involved into criminal code and the law.

The delivery of health care services comes under provincial jurisdiction. Do you agree, Doctor Schofield?

Dr. Schofield: Yes.

Senator Gauthier: To a large extent, the problem is the responsibility of the provinces. Have some provinces or territories expressed any support with respect to the recommendations made by the FCFA in its report on health care in French?

My concern is for patients, people who want service in their own language. I am familiar enough with the system to tell you that in Ontario, doctors and nurses are trained in English. In Ottawa, there is one hospital, the Montfort, where services are provided in French. There is also the Georges-Dumont in New Brunswick; so we have two institutions that provide service in French. Otherwise, services are usually offered in English.

I am thinking about my grandparents and my uncles and aunts. They could not speak French in lowertown, in Ottawa. Imagine that. We could not speak our own language when we were sick and wanted health care services in our own language.

Senator Gauthier: There was an attempt to close down the Montfort Hospital, but we managed to keep it. The provinces have decision-making authority. However, the federal government has some persuasive power and definitely a spending power that it uses when it must. Consequently, 10 million dollars was provided to Ottawa for training purposes.

The consortium is calling for 20 million dollars a year for the years ahead. What a lot a catching up we have to do. I agree that it will be appropriate to invest more time and energy in decentralizing and regionalizing training.

You are right to say that in order to interest young people in coming to our French-language institutions, we have to offer them training in both close and distant locations. Telemedicine

Dr Schofield: Je pense qu'un pôle de formation atlantique francophone va aider la nouvelle la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve. Je pense que c'est là l'influence qu'on pourrait avoir. De là à dire que l'on aurait besoin d'une faculté de médecine pour y arriver, je pense qu'on pourrait s'y rendre d'une autre manière. C'est peut-être une vision à long terme. Mais je pense que ce qu'on a acquis actuellement a certainement rendu beaucoup de services et cela marche bien. Il faut capitaliser sur ce qui marche bien. Continuons dans la même direction. Si la volonté politique veut un jour une faculté de médecine dans l'Atlantique francophone, cela me va.

Le président suppléant: C'est une réponse très diplomatique. Pour un médecin, c'est très diplomatique.

Le sénateur Gauthier: J'ai quelques questions. D'abord, ne vous choquez pas les médecins, les avocats sont à peu près 20 ans en avant dans la pratique du droit en français partout au Canada. Une des raisons, c'est que le gouvernement fédéral est impliqué dans le Code criminel et la loi.

La prestation des services de santé est une juridiction provinciale. Êtes-vous d'accord, docteur Schofield?

Dr Schofield: Oui.

Le sénateur Gauthier: Le problème, en grande partie, relève des provinces. Est-ce qu'il y a des provinces ou des territoires qui auraient indiqué une certaine coopération relativement aux recommandations de la Fédération des communautés francophones dans son rapport sur la santé en français?

Ma préoccupation, c'est le patient, c'est l'individu qui veut se faire servir dans sa langue. Je connais assez le système pour vous dire qu'en Ontario, la formation des infirmières ou des médecins se fait en anglais. À Ottawa, il y a un hôpital, Montfort, où la pratique se fait en français. Il y a aussi l'Hôpital Georges-Dumont, au Nouveau-Brunswick, donc, deux établissements où on sert la population en français. Le reste, c'est habituellement en anglais.

Je pense à mes grands-parents, mes oncles et mes tantes. On ne parlait pas français dans la basse ville d'Ottawa, imaginez-vous. On voulait se faire soigner dans notre langue, on était malade, on ne pouvait pas s'exprimer dans notre langue.

Le sénateur Gauthier: On a voulu fermer l'Hôpital Montfort, mais on a fait en sorte de le conserver. Les provinces ont un pouvoir de décision. Toutefois, le gouvernement fédéral a un certain pouvoir de persuasion et certes un pouvoir de dépenser qu'il utilise lorsqu'il doit le faire. On a donc mis 10 millions de dollars à Ottawa pour aider à la formation.

Le consortium demande 20 millions de dollars par année pour les années à venir. Quel rattrapage! Je suis d'accord qu'il serait à propos d'investir plus de temps et d'énergie dans la décentralisation de la formation et la régionalisation.

Vous avez raison de dire que, pour intéresser les jeunes à venir dans nos institutions francophones, on doit leur offrir la formation, non seulement dans des centres éloignés, mais aussi

exists and the technology for it exists. It is now possible to have both centralized and decentralized training centres connected by means of telemedicine.

Dr. Schofield: Your question has a number of parts. Your first point was about provincial jurisdiction over health care services. When we look at the work done by the consultative committee, we see that from the outset, there were three representatives of provincial departments of health on the committee. The approach of the consultative committee was to incorporate its objectives into provincial objectives.

Health care has become such a priority in all regions that it is difficult to believe that bringing more health care professionals — whether anglophone or francophone — into the province would displease anyone. The fact is, of course, that our francophone professionals will also offer their services to English-speakers. Telemedicine and other systems are beneficial in this regard for provincial departments.

The objective of the federal government and the provincial government is to further the health of the population. That is the ultimate goal of this entire initiative. To that we have added a very important element: the health of francophones. There is a question of equity as regards access to health care services, and that is the focus of our efforts.

Four provinces have sent letters to the Department of Health in support of this initiative. New Brunswick, Nova Scotia, Alberta and Manitoba have expressed their interest in being part of these offers. We have an opportunity now that we have not had for a long time. We must avoid errors. The greater the participation we have, the better our chances of success for all. So, we have to be careful not to step on anyone's toes and to work together toward a common vision and objective.

There is more than one hospital corporation that offers services in French in New Brunswick. Beauséjour is the largest, and the most important one, but Edmunston operates in French, Bathurst operates in French to a large extent, and Campbellton operates partly in French. The situation in New Brunswick has changed a great deal in the last 20 years. As a result of changes in health care services, and the training programs established at the University of Moncton and the agreement between Quebec and New Brunswick, we have been able to bring health care professionals to the province and to build a health care system in French.

To take the example of the francophone medical training program in New Brunswick, 20 years ago, we started with two teaching doctors and one student. Why not do the same thing in Alberta, and Manitoba, with a training centre in each province? There are definitely some small communities where we can start to introduce French-language health care services with one doctor and perhaps one student.

dans les régions plus rapprochées. La télémédecine existe et les moyens sont là. Il est possible aujourd'hui d'avoir des centres de formation centralisés et à la fois avoir des centres de formation décentralisés, reliés entre eux par la télémédecine.

Dr. Schofield: Votre question comporte plusieurs volets. Votre premier point est la juridiction provinciale en termes de services de santé. Lorsqu'on regarde le travail du comité consultatif, dès le début, les représentants de ministères de la Santé de trois provinces siégeaient sur le comité. La démarche du comité consultatif a été d'intégrer ses objectifs avec les objectifs provinciaux.

La santé est de nos jours tellement prioritaire dans toutes les régions qu'il est difficile de croire qu'on va aller à contre courant si on amène un plus grand nombre de professionnels de la santé dans la province, qu'ils soient anglophones ou francophones. Car nos professionnels francophones vont, bien sûr, également offrir leurs services à des populations anglophones. La télémédecine et autres systèmes sont bénéfiques sur ce point pour les ministères provinciaux.

Le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux visent l'état de santé de la population. C'est l'objectif final de toute la démarche. À cet objectif on a ajouté une chose bien importante: la santé des francophones. Il y a effectivement une question d'équité du côté de l'accessibilité des services de santé, et c'est un peu ce qu'on veut combler.

Quatre provinces ont envoyé des lettres au ministère de la Santé supportant cette démarche. Le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Alberta et le Manitoba ont indiqué leur désir de s'intégrer à l'évolution du dossier. Nous bénéficions d'une occasion qui se présente pour la première fois depuis longtemps. Il faut éviter les faux pas. En s'impliquant, on a de meilleures chances de succès et tout le monde s'y trouve gagnant. Il s'agit donc de ne pas se marcher sur les pieds et travailler en concertation vers une vision commune et un objectif commun.

En termes de services, plus d'une corporation travaille en français au Nouveau-Brunswick. Beauséjour est la plus grande et la plus importante, mais Edmunston fonctionne en français, Bathurst fonctionne en grande partie en français et Campbellton fonctionne partiellement en français. La situation au Nouveau-Brunswick a beaucoup évolué depuis les dernières 20 années. L'évolution des services de santé, les programmes de formation qui ont été mis en place à l'Université de Moncton et l'entente Québec-Nouveau-Brunswick ont réussi à amener les professionnels de la santé à modeler un système de santé en français.

Si on prend l'exemple du programme de formation médicale francophone au Nouveau-Brunswick, il y a 20 ans, on a commencé avec deux médecins enseignants et un étudiant. Pourquoi ne pas en faire autant en Alberta, au Manitoba, avec un pôle dans chaque province? Il existe certainement des petites populations dans lesquelles on peut commencer à intégrer un service de santé en français avec un médecin et peut-être un étudiant.

It is necessary to get into the small communities. There are communities, cultural centres, education centres and health centres throughout virtually all of Canada. Why not include a health clinic in the small locations? Establishing a health centre requires resources and infrastructure. I think the will exists, across the board. If we can bring a national vision into the small communities and start building quickly, I sincerely believe that we can change things.

Senator Gauthier: A number of problems have been raised. I have two brief questions. Are you familiar with the sixth principle? When Georges Arès appeared before the committee, he suggested that we add to the five existing principles a sixth one on linguistic duality. What do you think about that, Rector Fontaine?

Mr. Fontaine: I think this is an issue that is part of the whole discussion. Is it necessary to include this as an official principle in the Health Act? I have not looked at the issue in this light. We have to ensure that the principle is reflected in federal programs, in transfers to the provinces for health care and in direct initiatives by the federal government for the official languages communities. The fundamental thing is that the language requirements of the Government of Canada and the Constitution must be respected.

I chaired the Treasury Board Minister's committee on government transformations and their impact on official languages. Some administrative procedures have been introduced since that time by the federal government. That was the point we emphasized the most. It is difficult to provide for everything. Not providing for something often means that it is not mandatory.

I think this is a mandatory issue and a question of vigilance on the part of the federal government. When it delegates its responsibilities to one province or another, it must ensure that language requirements are part of this delegation of authority.

Senator Gauthier: Would you like to comment, Dr. Schofield?

Dr. Schofield: A principle is a principle. I prefer actions to principles. A principle may be written down, but not implemented.

The Acting Chairman: That is the difference between a doctor and a lawyer. Do you have a final question, Senator Gauthier?

Senator Gauthier: You spoke about outside recruitment. Do you have a 50 per cent policy in New Brunswick?

Dr. Schofield: New Brunswick calculates its training needs as follows. The province finances 50 per cent of the recruitment for training, and we expect that the other 50 per cent will come from outside sources. This is the way in which the department's basic calculation is always done. As you know, it is never easy to calculate medical labour force requirements. New data on labour

L'intégration aux petites communautés est nécessaire. Il y a des milieux, des centres culturels, des centres d'éducation, des centres de santé qui existent un peu partout à travers le Canada. Pourquoi ne pas intégrer une clinique de santé à ces petits centres? Créer un milieu de santé nécessite des ressources et des infrastructures. Il y a, je crois, une volonté de la part de tous. Si on peut amener la vision nationale sur le terrain et commencer rapidement à bâtir, je crois sincèrement que l'on pourrait changer les choses.

Le sénateur Gauthier: On a soulevé plusieurs problèmes. J'aurais deux petites questions. Vous connaissez le sixième principe? Georges Arès, lorsqu'il a comparu devant le comité, avait suggéré qu'on ajoute aux cinq principes existants le sixième principe la dualité linguistique. Qu'en pensez-vous, Recteur Fontaine?

M. Fontaine: Je crois que c'est une question qui se rattache au débat. Est-ce nécessaire d'en faire un principe formel de La loi sur la santé? Je ne l'ai pas examiné sous cet angle. Il faut s'assurer que ce principe soit reflété dans les programmes fédéraux, les programmes de transfert aux provinces pour la santé et dans des initiatives directes du fédéral pour les communautés. Chose primordiale, les exigences linguistiques du gouvernement canadien et de la Constitution canadienne doivent être respectées.

J'ai présidé le comité du ministre du Conseil du Trésor sur la transformation gouvernementale et l'impact sur les langues officielles. Un certain nombre de mesures administratives ont été prises depuis ce temps par le gouvernement fédéral. C'était l'élément sur lequel on avait le plus insisté. Il est difficile de prévoir à tout coup. Ne pas prévoir veut souvent dire que ce n'est pas obligatoire.

Pour moi, c'est là une question obligatoire et une question de vigilance de la part du gouvernement fédéral. Lorsqu'on délègue ses responsabilités, que ce soit une province ou autre, on doit s'assurer que les exigences linguistiques suivent également cette délégation.

Le sénateur Gauthier: Docteur Schofield, avez-vous des commentaires?

Dr Schofield: Un principe est un principe. Je préfère une action à principe. Un principe peut être écrit et ne pas être mis en pratique.

Le président suppléant: C'est ce qui distingue le médecin de l'avocat. Vous avez une dernière question, sénateur Gauthier?

Le sénateur Gauthier: Vous avez parlé de recrutement à l'extérieur. Vous avez au Nouveau-Brunswick une politique de 50 p.100?

Dr Schofield: Le Nouveau-Brunswick calcule ses besoins en formation de la façon suivante. La province finance 50 p.100 du recrutement pour la formation, et on s'attend à ce que l'autre 50 p.100 vienne de l'extérieur. Le calcul de base du ministère s'est toujours fait ainsi. Vous savez que le calcul pour la main-d'oeuvre médicale n'est jamais chose facile. À tous les deux ans, on fait

force planning come out every two years, and they must always be taken into account. The province now realizes that it definitely must fund more training in health care.

Senator Gauthier: Is it difficult for immigrants from Africa, Europe or other countries to get professional accreditation here?

Dr. Schofield: It is very difficult. Foreign doctors arriving in New Brunswick, or any other province, have a hard time getting a licence to practice medicine. However, a restricted licence may be granted in certain situations. In recent years, we have integrated foreign physicians into our training programs to provide them with an equivalent Canadian degree and given them service contracts in specific regions. This has proven successful. These are candidates with a great deal of potential. We have to take a little more time to integrate them harmoniously into the Canadian health care system and into our way of doing things. This initiative has produced excellent results at a minimum cost, if we compare three years of training to six or ten years.

Senator Gauthier: Is it possible to take a professional examination from the professional Order of Physicians or Physiotherapists in French in New Brunswick? Do the professional orders accept examinations in French? That was very difficult and took a very long time in Ontario. I am very familiar with the problem.

Dr. Schofield: In the case of the medical training program, everything is in French — no course, no training or clinics are given in English. The examinations are set by the University of Sherbrooke and the University of Montreal, the Collège des médecins du Québec and the College of Family Physicians of Canada. The examinations are all translated into French.

Mr. Fontaine: In New Brunswick, we have a choice. Candidates must pass an examination to become a member of a professional order, and they may do so in the language of their choice.

Senator Gauthier: You are not familiar with the situation in the other provinces, are you? Can that be done in Manitoba or in Ontario?

Mr. Fontaine: I could not say.

The Acting Chairman: Can everything be done in French for nursing in Ontario?

Ms Guimond: Candidates may take the examination in the language of their choice. Students taking the course in French are not required to write the examination set by the order in French. They may write it in English if they prefer. The texts and documentation are in English, and even though we teach in French, they are accustomed to reading in English. There are a limited number of clinical postings in French and when they do their training in an English-speaking context, they learn all the technology in English. Consequently it is difficult for them to do

paraître de nouvelles données sur la planification de la main-d'œuvre et il faut toujours les prendre en considération. La province réalise aujourd'hui qu'il faut définitivement financer une plus grande formation dans le domaine de la santé.

Le sénateur Gauthier: L'équivalence professionnelle est-elle difficile à obtenir pour un immigrant en provenance de l'Afrique, de l'Europe ou d'autres pays?

Dr Schofield: C'est très complexe. Comme toutes les autres provinces canadiennes, les médecins étrangers arrivant au Nouveau-Brunswick ont de la difficulté à obtenir un permis de pratique. Toutefois, des permis restrictifs peuvent être donnés dans des conditions particulières. En ce qui a trait aux programmes de formation, au cours des dernières années, nous avons intégré des médecins étrangers pour leur donner un diplôme équivalent canadien avec des contrats de service dans des régions spécifiques. Cela s'est avéré un succès. Ce sont des candidats qui ont un très bon potentiel. Il faut passer un peu plus de temps à les intégrer harmonieusement au système de santé canadien et à notre manière de fonctionner. Cela donne d'excellents résultats avec un investissement moindre si on compare trois années de formation plutôt que six à 10 ans.

Le sénateur Gauthier: Est-il possible, au Nouveau-Brunswick, d'écrire un examen professionnel, de l'Ordre professionnel des médecins ou physiothérapeutes ou autres en français? Les ordres professionnels acceptent-ils les examens en français? Cela a été très difficile et très long en Ontario. Je connais le problème par cœur.

Dr Schofield: Pour le programme de formation médicale, c'est 100 p. 100 en français, il ne se passe rien du tout en anglais, aucun cours, aucune formation, aucun contexte clinique ne donne en anglais. Les examens sont rédigés par l'Université de Sherbrooke et l'Université de Moncton, le Collège des médecins du Québec et le Collège des médecins de famille du Canada. Ce sont tous des examens traduits en français.

M. Fontaine: Au Nouveau-Brunswick, nous avons le choix. Ce sont des examens exigés par la profession pour entrer dans l'ordre professionnel et on peut le faire dans la langue de son choix.

Le sénateur Gauthier: Vous ne connaissez pas la situation dans les autres provinces. Est-ce possible de faire cela au Manitoba ou en Ontario?

M. Fontaine: Je ne pourrais pas me prononcer là-dessus.

Le président suppléant: Pour les sciences infirmières en Ontario, est-ce que tout peut se faire en français?

Mme Guimond: On peut faire l'examen dans la langue de son choix. Les étudiantes qui suivent le cours en français ne sont pas obligées d'écrire l'examen de l'ordre en français, elle peuvent l'écrire en anglais si elles le désirent. Les volumes et la documentation sont en anglais et même si on leur enseigne en français, elles sont habituées de lire en anglais. Les milieux cliniques en français sont restreints et lorsqu'elles font leurs stages dans des milieux anglophones, elles apprennent toute la technologie en anglais, si bien qu'il est difficile pour elle de faire

their exam in French. Despite the fact that a number of students are francophone, they often decide to write the examination in English.

Senator Gauthier: The problem is always placed on francophones in English-speaking institutions.

Ms Guimond: Yes.

Senator Gauthier: Does the College of Nurses of Ontario recognize the examination in French?

The Acting Chairman: These are university examinations, not government examinations. Perhaps we should have the difference explained.

Ms Guimond: Students write their university examinations in French when they get their degree. If they are registered in the French-language program, they must write their examinations in French. However, when they write the provincial examinations set by the College of Nurses of Ontario, they can register to write in English if they prefer.

Senator Pépin: Does that happen often?

Ms Guimond: Yes, it does.

Senator Gauthier: My question is rather indiscreet. Do you have a doctorate in nursing?

Ms Guimond: In education.

Senator Gauthier: Did you do it in French?

Ms Guimond: I did my doctorate in Montreal in French.

Senator Gauthier: You are lucky. You could afford to do that!

The Acting Chairman: Do you have any other questions, Senator Gauthier?

Senator Léger: Ms Guimond, you said that more emphasis needed to be placed on practical training. I think practical training is essential in any field.

Ms Guimond: Yes.

Senator Léger: What has been de-emphasized? Practical training? For patients, practice is all that counts. Has there been a shift in this direction in all professional fields? Some nurses' aids have told me that they were almost going crazy because they no longer knew how to look after patients. I think it is incredible that we find ourselves in a position of saying that we have to place more emphasis on practical training.

Ms Guimond: It is mainly a question of funding. It is rare that funding is provided to support training for instructors, for example.

Senator Léger: This practical training means with patients?

Ms Guimond: That is training in a practical setting.

Senator Léger: Patients are the ultimate objective of all this, are they not?

Ms Guimond: Yes, that is correct.

un retour au français. Malgré le fait que plusieurs étudiantes soient d'origine francophone elles décident souvent de faire l'examen en anglais.

Le sénateur Gauthier: Le problème repose toujours sur le francophone dans une institution qui travaille en anglais.

Mme Guimond: Oui.

Le sénateur Gauthier: L'Ordre des infirmiers et des infirmières de l'Ontario reconnaît-elle l'examen en français?

Le président suppléant: Ce sont des examens universitaires et non gouvernementaux, il faudrait peut-être expliquer la différence.

Mme Guimond: Les étudiantes écrivent en français les examens universitaires pour l'obtention de leur grade. Si elles sont inscrites au programme francophone, elles écrivent obligatoirement leurs examens en français. Par contre, lorsqu'elles vont rédiger les examens de l'Ordre des infirmiers et infirmières de l'Ontario, l'examen provincial, l'étudiante peut s'inscrire à l'examen en anglais si elle le désire.

Le sénateur Pépin: Cela se produit-il souvent?

Mme Guimond: Oui, effectivement.

Le sénateur Gauthier: Ma question est indiscreète. Avez-vous un doctorat en sciences infirmières?

Mme Guimond: En éducation.

Le sénateur Gauthier: L'avez-vous fait en français?

Mme Guimond: J'ai fait mon doctorat à Montréal en français.

Le sénateur Gauthier: Vous avez de la chance. Vous aviez les moyens!

Le président suppléant: Avez-vous d'autres questions, sénateur Gauthier?

Le sénateur Léger: Madame Guimond, vous avez dit qu'il fallait valoriser la formation pratique. Il me semble que la pratique est essentielle dans n'importe quel domaine.

Mme Guimond: Oui.

Le sénateur Léger: Qu'est-ce qui a été dévalorisé? La pratique? Pour le malade, c'est seulement de la pratique. Y a-t-il eu une déviation dans toutes les formations professionnelles? Certaines aide-infirmières m'ont dit qu'elles perdaient presque la tête parce qu'elles ne savaient plus comment soigner les malades. Je trouve incroyable qu'on en soit rendu à dire qu'il faut valoriser la formation pratique.

Mme Guimond: C'est surtout une question de fonds. Il est rare que des fonds soient attribués pour supporter la formation des formateurs, par exemple.

Le sénateur Léger: La formation pratique, cela veut dire les malades?

Mme Guimond: C'est la formation dans le milieu pratique.

Le sénateur Léger: Le but de tout cela, c'est le malade, n'est-ce pas?

Mme Guimond: Oui, c'est cela.

Senator Léger: You also said that you wanted a new pedagogical model that would include judgment. That is the essential component of basic training. Judgment is more important than technical matters.

Mr. Fontaine: thank you for your confidence with respect to health care, as was the case of education and law earlier. This all reflects a vision. Everything that has been said for New Brunswick also applies to Prince Edward Island. I imagine the same is true of Newfoundland and the Yukon. Do your schools serve all francophones in Canada?

Dr. Schofield: Our unique feature is that we have included other criteria for success in our training program. That is what we wanted to promote when we asked our students to do some of their practical training in New Brunswick. Thanks to the agreement between Quebec and New Brunswick in its present form, there is already a position in medicine for Nova Scotia and Prince Edward Island.

We could add other health care professionals to this program. We could implement these programs and have an impact on our neighbouring provinces. We could also play a role for francophones in Newfoundland, because they have no services whatsoever. This will be done at different levels, using different resources. We spoke about information technologies. Distance education programs could always be included into these programs. We have to be innovative, but we must keep these students as close as possible to their home communities, while at the same time offering them high quality training. We also have to help them develop the infrastructure that we will welcome them once they finish their education. This can all be done in a beneficial manner.

Senator Léger: I appreciate your use of the conditional tense. Should this committee not invite representatives from the University of Sherbrooke, because it is the centre, but also representatives from the other provinces, in order to respond to the needs of francophones throughout the country?

Dr. Schofield: I mentioned the partnership between Acadia and Sherbrooke as a model, but it could be adapted to all the provinces. If we could develop a national vision and partnership, I think we could be innovative and meet some very specific objectives. But it does take some resources. In New Brunswick, it took us 20 years to get established and to prove ourselves, when practically everyone was saying that what we were trying to do could not be done. We want to be a model that could be applied elsewhere, throughout Canada, and in other fields as well as medicine.

Mr. Fontaine: There was a little applied intelligence in all of that, and some carefully calculated opportunism as well. We could make a significant effort to train health care professionals under agreements such as those mentioned by Dr. Schofield — mainly the Acadia-Sherbrooke agreement or the one in Ottawa with the Montfort Hospital. I have no inferiority complex about my community's ability to train the labour force it needs. If there is enough political will, there would

Le sénateur Léger: Vous avez aussi dit que vous vouliez que soit élaboré un nouveau modèle pédagogique pour l'apprenant, le jugement. C'est l'essentiel de la formation de base. Le jugement passe avant la technique.

Monsieur Fontaine, merci pour la confiance que vous manifestez à l'égard de la santé, comme on l'a fait en éducation et en droit à l'époque. Tout cela incarne une vision. Tout ce qu'on dit pour le Nouveau-Brunswick vaut aussi pour l'Île-du-Prince-Édouard. J'imagine que c'est la même chose pour Terre-Neuve et le Yukon. Vos écoles desservent-elles toute la francophonie du Canada?

Dr Schofield: Nous avons la particularité d'avoir intégré d'autres critères de succès dans le programme de formation. C'est ce que nous avons voulu favoriser en demandant à nos étudiants d'effectuer des stages au Nouveau-Brunswick. Grâce à l'entente Québec-Nouveau-Brunswick telle qu'elle existe aujourd'hui, un poste dans le domaine de la médecine existe déjà pour la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.

À cela nous pourrions greffer d'autres professionnels. Nous pourrions mettre en oeuvre ces programmes et avoir un impact sur les provinces avoisinantes. Nous pourrions aussi jouer un rôle pour les francophones de Terre-Neuve parce qu'ils sont complètement démunis. Cela se ferait à des niveaux différents et par des moyens différents. On a parlé de technologies de l'informatique. Il y a toujours la formation à distance qui peut être intégrée dans ces programmes. Il faut être novateur, mais il faut garder ces étudiants le plus près possible de leur milieu d'origine, tout en leur offrant une qualité de formation. Il faut également les aider à créer les infrastructures qui vont les accueillir lorsqu'ils vont terminer leurs études. Tout cela peut se faire de façon bénéfique.

Le sénateur Léger: J'apprécie le conditionnel «on pourrait». Est-ce que le comité sénatorial ne devrait pas inviter des représentants de l'Université de Sherbrooke parce que c'est le centre, mais aussi des représentants des autres provinces pour arriver à répondre aux besoins de la francophonie pancanadienne?

Dr Schofield: J'ai présenté le partenariat Acadie-Sherbrooke comme modèle, mais on peut l'adapter à toutes les provinces canadiennes. Si on pouvait susciter une vision nationale et des partenariats, je pense qu'on pourrait innover et répondre à des objectifs très précis, mais cela prend des ressources. Au Nouveau-Brunswick, cela nous a pris 20 ans à nous battre, à faire nos preuves avec un peu tout le monde en disant que nous pouvions le faire. Nous voulons être un modèle qui pourrait être appliqué ailleurs, partout au Canada et dans d'autres domaines, et pas seulement en médecine.

M. Fontaine: Il y a eu un peu d'intelligence appliquée dans tout cela, il y a eu un opportunisme bien calculé. Nous pouvions faire un effort considérable de formation des professionnels de la santé avec des ententes comme celles qu'a mentionnées le Dr Schofield, c'est-à-dire l'entente Acadie-Sherbrooke ou encore l'entente à Ottawa avec l'Hôpital Montfort. Je n'ai pas de complexe d'infériorité par rapport à la capacité de ma communauté de former la main-d'oeuvre dont elle a besoin. S'il y avait une

be no reason not to have a faculty of medicine to train francophones outside of Quebec. Once we have this political will, we will be able to do that and we will find the resources we need. They exist, they have simply not yet been assembled and organized. It is a question of means, not capacity. We have to look at the medium term. If Newfoundland has a faculty of medicine at Memorial University, I think the francophone communities of Canada could have a French-language faculty of medicine.

We have to be sure that all the essential components are brought together in order to act. I know that a law faculty is not as complicated as a faculty of medicine, but in the 1970s, we were told that it was not possible to have French language law faculties outside Quebec. Once the political will was in place and people got down to the job, this faculty never brought dishonour on anyone. It would be exactly the same in the medium and long term in the case of the faculty of medicine. It is a question of timing, of picking the right moment.

As the rector of the University, I am not saying that this is going to happen tomorrow, but once there is a will to do that, there will definitely be a will to work to move things forward.

The Acting Chairman: It is good to see a rector getting involved in this way. I think Dr. Schofield is pleased to hear that.

Senator Losier-Cool: I do not have to ask the question!

[English]

Senator LeBreton: Dr. Schofield, when you talked about the New Brunswick experience, you said that 30 per cent of doctors practice in French now as opposed to 18 per cent 20 years ago and that the doctor-patient ratio is now approximately 1 for 700. I did not hear the actual figure. How long did it take to get to that level of practice? In a realistic world, with all things working out properly, what are your short- and long-term goals in terms of providing medical service to francophones in their own language? I want to get a sense of how long it has taken to get to this point and what the ideal ratio is in terms of servicing the population in relation to the rest of the country.

Dr. Schofield: One for one.

[Translation]

Actually, this ratio has changed over a 20-year period. We had a ratio of one doctor to 791 inhabitants in 1980, and of one doctor to 742 inhabitants in 1999-2000. It took 20 years to change this.

In 20 years, the number of students per year admitted into medicine in French has not changed, nor has the number of students who complete the program. We cannot expect that the

volonté politique suffisante, il n'y aurait aucune raison de ne pas disposer d'une faculté de médecine pour former les francophones ailleurs qu'au Québec. Le jour où il y aura cette volonté politique, nous pourrions le faire, nous trouverons les ressources. Elles sont là, elles ne sont pas encore toutes colligées et cristallisées. C'est une question de moyens, pas de capacité. Il faut regarder à moyen terme. Si la province de Terre-Neuve a une faculté de médecine à l'Université Memorial, je pense que les communautés francophones au Canada pourraient avoir une faculté de médecine francophone.

Il faut nous assurer que les éléments essentiels sont réunis pour pouvoir agir. Je sais qu'une faculté de droit n'est pas complexe comme une faculté de médecine, mais dans les années 70, on nous a dit qu'il n'était pas possible d'avoir des facultés de droit francophones à l'extérieur du Québec. Le jour où il y a eu une volonté politique et où les gens se sont attelés à la tâche, cette faculté n'a jamais déshonoré à personne. Ce serait exactement la même chose à moyen et à long termes pour une faculté de médecine. C'est une question de conjoncture et il s'agit de choisir le bon moment.

En tant que recteur d'université, je ne dis pas que c'est pour demain, mais lorsqu'il y aura une volonté d'agir, il y aura certainement une volonté de travailler pour faire avancer les choses.

Le président suppléant: C'est bien de voir un recteur s'impliquer de cette façon. Je pense que le Dr Schofield est content d'avoir entendu cela.

Le sénateur Losier-Cool: Je n'ai pas eu besoin de poser la question!

[Traduction]

Le sénateur LeBreton: Docteur Schofield, lorsque vous avez parlé de l'expérience du Nouveau-Brunswick, vous avez indiqué que 30 p. 100 des médecins exercent en français maintenant comparativement à 18 p. 100 il y a 20 ans et qu'aujourd'hui la proportion de médecins et de patients est d'environ 1 pour 700. Je n'ai pas entendu le chiffre exact. Combien de temps a-t-il fallu pour en arriver là? Compte tenu de la réalité, si tout fonctionne correctement, quels sont vos objectifs à court et à long termes pour ce qui est d'assurer des services médicaux aux francophones dans leur langue? J'aimerais savoir combien de temps il a fallu pour en arriver à ce stade et quelle est la proportion idéale pour ce qui est de servir la population dans le reste du pays.

Dr Schofield: Une proportion de un pour un.

[Français]

En fait, la modification de cette proportion s'est faite sur une période de 20 ans. On avait une proportion d'un médecin pour 791 habitants en 1980 et une proportion d'un médecin pour 742 habitants en 1999-2000. Cela a pris 20 ans à changer.

En 20 ans, le nombre d'admissions en médecine par année du côté francophone n'a pas changé et le nombre de finissants n'a pas changé non plus. On ne peut pas s'attendre à ce que la proportion

ratio will improve because the number of admissions has remained stable, and consequently the number of students who complete the program will not be higher and the ratio will remain the same.

The disturbing thing is the factors that will have an impact on the number of doctors. There is the fact that more women are becoming doctors, as well as the lifestyle changes for everyone. Both male and female doctors want a better-organized practice. They want to work 40 to 60 hours a week, rather than 80 to 90 hours a week. The aging population will make for a huge increase in workload for doctors, as well as the fact that physicians are retiring early. In the past, doctors practiced until the age of 60 or 70. This will happen less and less often. Physicians have been a little wiser and have accumulated pension funds. We will see them retiring early, perhaps between age 55 and 60. They may also reduce their work hours in order to pursue other activities. It is therefore very difficult to calculate our future needs.

The figures produced by the New Brunswick Department of Health for medical training requirements, for example, refer to the year 2014. Taking into account some of the factors I just mentioned, the projection is that we would need forty francophone physicians and forty anglophone physicians in our training programs. These figures are conservative. It is very difficult to put a number on our needs, and this is always a dilemma, because we draw conclusions based on the figures we have.

As we know, the commission headed by Barry Stoddart recommended a reduction in the number of students admitted into medicine and nursing a few years ago. We are seeing the consequences of that today. The change of lifestyle was not taken into account, and this will certainly result in a significant reduction in health care resources.

If there is some input today, the consequences will not be apparent tomorrow, but in five or ten years. We should not be conservative in our projections, but rather very generous, and set high targets in order to correct the mistakes in five or ten years, as the phenomenon develops.

We will experience a significant shortage over the next ten years. If we do not solve the problem today, what can we expect in the future? Have I answered your question?

The Acting Chairman: Senator Keon is a cardiac surgeon and the Director of the Heart Institute in Ottawa.

[English]

Senator Keon: Even before the language issue, the entire question of training health professionals needs a tremendous amount of evolutionary change. We really have not addressed the kind of health professional we want to turn out to provide the ideal integrated team for our given circumstances.

s'améliore parce que le nombre d'admissions est resté stable, donc le nombre de finissants ne sera pas plus élevé et la proportion restera la même.

Ce qui est inquiétant, ce sont les facteurs qui vont jouer sur le nombre de médecins. Il y a la féminisation de la profession qui joue ainsi que le changement de style de vie pour tous. Les hommes médecins comme les femmes médecins veulent avoir une pratique mieux organisée. Ils veulent travailler 40 à 60 heures par semaine au lieu de 80 et 90 heures. Le vieillissement de la population exigera un travail énorme de la part des médecins, tout comme le phénomène de retraite prématurée. Auparavant, les médecins pratiquaient jusqu'à l'âge de 65 ou 70 ans. Ce sera de moins en moins le cas. Les médecins ont été un peu plus sages et ont accumulé des fonds de retraite. On les verra donc partir à la retraite, peut-être prématurément, entre 55 et 60 ans ou ils diminueront leurs heures de travail pour faire autre chose de façon concomitante. Les besoins futurs sont donc très complexes à chiffrer.

Les chiffres produits par le ministère du Nouveau-Brunswick, comme par exemple les besoins en formation médicale, sont pour 2014. À ce moment-là, on disait que pour combler nos besoins, en tenant compte de quelques-uns des facteurs que je viens d'énumérer, on avait besoin, dans les programmes de formation, de 40 médecins francophones et de 40 médecins anglophones. Ces chiffres étaient conservateurs. Les chiffres exacts des besoins sont très difficiles à définir et c'est toujours un dilemme parce que lorsqu'on fait référence à certaines données, on tire des conclusions à partir des chiffres qu'on a.

On sait que la commission de Barry Stoddart avait préconisé la réduction du nombre d'admissions en médecine et en nursing il y a quelques années. On voit ce que cela donne aujourd'hui. On n'avait pas pris en compte le facteur du changement de style de vie, qui va certainement amener une baisse importante des ressources dans le domaine de la santé.

Avant de produire cela, s'il y a un input aujourd'hui, on n'en verra pas les conséquences demain mais dans 5 ou 10 ans. Il faut être non pas conservateur mais très libéral pour donner des chiffres importants et rectifier le tir dans 5 ou 10 ans, à mesure que le phénomène va évoluer.

Nous connaissons une pénurie importante au cours des 10 prochaines années. Si on ne règle pas la situation aujourd'hui, qu'est-ce qui nous attend? Ai-je répondu à votre question?

Le président suppléant: Le sénateur Keon est chirurgien cardiaque et directeur de l'Institut de cardiologie d'Ottawa.

[Traduction]

Le sénateur Keon: Avant même d'aborder l'aspect linguistique, il faut revoir toute la question de la formation des professionnels de la santé. Nous n'avons pas vraiment déterminé le type de professionnel de la santé souhaitable pour constituer l'équipe intégrée idéale compte tenu de notre situation.

Having a faculty of medicine for francophones somewhere to meet the needs of the francophone population would be a mistake. I think that if a faculty were to be created, it should be a health science faculty. That faculty should address the need for physicians — both primary care physicians and specialists — nurses, a new category of health professionals that can work somewhere between physicians and nurses, and the need for all the categories of the other 35 to 38 health disciplines, depending on the province.

Perhaps this is an opportunity to not only contribute to solving the problem of providing health professionals for the francophone population across the country, but it might also be an opportunity to construct a health science faculty that would provide the proper evolutionary changes in the entire field of health education. I would like to hear your comments.

Mr. Fontaine: At least two of our universities, which are part of this consortium, already have health science faculties. You are a professor at the Faculty of Health Sciences at the University of Ottawa. They have a number of disciplines and programs in that faculty that are taught in both French and English.

My university, the University of Moncton, is a French-speaking university. We have a health science faculty. There are 12 disciplines represented in that faculty. Disciplines include nursing, psychology, nutrition, kinesiology and social services. It is partly health, partly not health. We do not have a medical school; therefore, we do not have that program at the university. We do not have some programs in health sciences, such as dentistry or other kinds of professions.

Yes, we have health science faculties. We are looking at establishing health science bachelor degrees that would provide a universal program to prepare students for admission to graduate schools for health professions or medical schools in jurisdictions where these prerequisites are required.

In Quebec, you only need two years — cégep. We have the two-year program in Moncton so that our students may go to Sherbrooke University.

I would have a different point of view than you on the capacity of a university outside Quebec to establish a medical school. If governments were to finance such a venture, there is no reason it could not be successful. We have seen that in other professions.

I am not a doctor, and I am sure there are complexities that are different than the complexities of training for other professions. However, we do have engineering, law, forestry and all types of professional faculties. It is always a challenge to build a school like that, but if the Government of Ontario were to announce that it would build a new faculty at Laurentian University, it could be done. The infrastructure of Laurentian University is not any bigger than some of our universities. My feeling is that this could be achieved.

On ferait fausse route si on établissait une faculté de médecine pour les francophones quelque part pour répondre aux besoins de la population francophone. Je crois que si l'on crée une faculté, il doit s'agir d'une faculté des sciences de la santé. Cette faculté devrait permettre de former les professionnels de la santé dont on a besoin, c'est-à-dire les médecins — les médecins de soins primaires et les spécialistes — les infirmières, une nouvelle catégorie de professionnels de la santé, qui se situe entre celle des médecins et celle des infirmières, et toutes les catégories des 35 à 38 autres disciplines de la santé, selon la province.

C'est peut-être l'occasion non seulement de contribuer à régler le problème de la pénurie de professionnels de la santé pour la population francophone du pays, mais aussi de bâtir une faculté des sciences de la santé qui assurerait les changements appropriés dans l'évolution du domaine général de la formation en matière de santé. J'aimerais connaître vos commentaires.

M. Fontaine: Au moins deux de nos universités, qui font partie de ce consortium, ont déjà des facultés de sciences de la santé. Il y a un professeur à la Faculté des sciences de la santé à l'Université d'Ottawa. Cette faculté offre un certain nombre de disciplines et de programmes qui sont dispensés en français et en anglais.

Mon université, l'Université de Moncton, est une université francophone. Nous avons une faculté des sciences de la santé où 12 disciplines sont représentées, entre autres les sciences infirmières, la psychologie, la nutrition, la kinésiologie et les services sociaux. Certaines se rattachent à la santé, d'autres pas. Nous n'avons pas d'école de médecine; par conséquent, nous n'offrons pas ce programme à l'université. Nous n'offrons pas certains des programmes offerts dans le cadre des sciences de la santé, comme la dentisterie ou d'autres types de professions.

Oui, nous avons des facultés des sciences de la santé. Nous envisageons d'établir des baccalauréats en sciences de la santé qui offriraient un programme universel pour préparer l'admission des étudiants à des écoles d'études supérieures en professions de la santé ou à des écoles de médecine dans des endroits où ces cours préalables sont exigés.

Au Québec, il ne faut que deux ans — le cégep. Nous avons un programme de deux ans à Moncton, ce qui permet à nos étudiants de s'inscrire à l'Université de Sherbrooke.

Je ne suis pas du même avis que vous quant à la capacité d'une université en dehors du Québec d'établir une école de médecine. Si les gouvernements décidaient de financer une telle entreprise, il n'y a aucune raison pour que cela ne marche pas. Nous l'avons constaté dans d'autres professions.

Je ne suis pas médecin, et je suis sûr que la complexité de la formation dans ce domaine diffère de celle de la formation pour d'autres professions. Cependant, nous avons des facultés de génie, de droit, de foresterie et d'autres types de facultés professionnelles. Il n'est jamais facile de créer une école de ce genre, mais si le gouvernement de l'Ontario devait annoncer qu'il crée une nouvelle faculté à l'Université Laurentienne, cela pourrait se faire. L'infrastructure de l'Université Laurentienne n'est pas plus importante que celle de certaines de nos universités. Je crois que cela pourrait se faire.

We are not about to launch this unless there is cooperation among governments, universities and health service providers.

Dr. Schofield: An objective that we would like to pursue in the francophone teaching program is interdisciplinary teaching, as you mentioned. I agree with you that we need to model, not only in practice but also in teaching, the health services of the future. It is known that when students go into a certain organizational system, they have a tendency to adapt that organized approach and practise it afterwards.

We have seen that in New Brunswick. When I started to practise in New Brunswick in 1980, there were no teams of family physicians. Everyone worked solo. We were the first team of doctors to get together and work as a group. Our practice was limited to family medicine. Other physicians would ridicule us by calling us UMF, which stands for United Maritime Fishermen. We were bucking the trend by doing something different.

Our team has grown to 10 physicians. We do all sorts of services in the region, including obstetrics, emergency care, hospital care, home care, long-term services, palliative care, adolescent care and many other things. We have each developed little specialties. Most of our students who graduated are working in group practice. They do not want to work solo because they trained with us in a group practice and have adopted the group practice concept.

The future is more than group practice. The future is interdisciplinary teams, nurse practitioners, psychologists and dietitians working together. All those people need to work with doctors because it will make the system much more efficient.

We are putting together a project very similar to that of Ms Guimond, which we call "Centre de santé communautaire universitaire." This centre will offer services and interdisciplinary clinical teaching because we need to get those specialists to work together in the clinical setting. Upon having all those people together, we hope to do research on the organization of service and health status for the population.

That approach could be brought up to a health science faculty level. I certainly would agree with that.

We need to look at where we want to go. We need to be somewhat innovative and build that into the system if we want to move ahead. I agree completely with that. People are hoping that this will happen worldwide. I work sometimes with the World Health Organization, WHO, to push the concept of partnership and interdisciplinary teams, and we try to build health resources within that context. We are sure that it will create a much more efficient system.

Nous n'avons pas l'intention de nous lancer dans cette entreprise à moins que les gouvernements, les universités et les fournisseurs de services de santé coopèrent.

Dr Schofield: Un objectif que nous visons dans le cadre du programme de formation en français est la formation interdisciplinaire, comme vous l'avez mentionné. Je conviens avec vous que nous devons façonner, non seulement dans la pratique mais aussi au niveau de la formation, les services de santé de l'avenir. On sait que lorsque les étudiants entrent dans un certain système organisationnel, ils ont tendance à adapter cette approche organisée et la mettre en pratique par la suite.

Nous l'avons d'ailleurs constaté au Nouveau-Brunswick. Lorsque j'ai commencé à exercer au Nouveau-Brunswick en 1980, il n'existait aucune équipe de médecins de famille. Chacun travaillait seul. Nous avons été les premiers médecins à se regrouper en équipe et à travailler de façon collective. Nous nous sommes limités à la médecine familiale. D'autres médecins se sont moqués de nous en nous appelant les PUM, c'est-à-dire les pêcheurs-unis des Maritimes. Nous nous trouvions à aller à contre-courant de la tendance en faisant les choses différemment.

Notre équipe compte maintenant dix médecins. Nous assurons toutes sortes de services en région, y compris l'obstétrique, les soins d'urgence, les soins hospitaliers, les soins à domicile, les services à long terme, les soins palliatifs, les soins aux adolescents et bien d'autres services. Nous avons chacun développé de petites spécialités. La plupart de nos étudiants qui ont obtenu leur diplôme font de la médecine de groupe. Ils ne veulent pas travailler seuls parce qu'ils ont été formés avec nous à la médecine de groupe et ont adopté la notion de médecine de groupe.

L'avenir ne se limite pas à la médecine de groupe. L'avenir est axé sur le travail en collaboration d'équipes interdisciplinaires, d'infirmières praticiennes, de psychologues et de diététiciennes. Toutes ces personnes doivent travailler en collaboration avec les médecins parce que cela améliorera nettement l'efficacité du système.

Nous sommes en train d'établir un projet très semblable à celui de Mme Guimond, que nous appelons le Centre de santé communautaire universitaire. Ce centre offrira des services et une formation clinique interdisciplinaire parce que nous devons encourager ces spécialistes à travailler ensemble en milieu clinique. Lorsque nous aurons réuni tous ces gens, nous espérons faire de la recherche sur l'organisation du service et l'état de santé de la population.

Dans le cadre de cette approche, on pourrait songer à l'établissement d'une faculté des sciences de la santé. Je n'y verrais aucune objection.

Nous devons déterminer l'orientation que nous voulons suivre. Nous devons faire preuve d'innovation et intégrer cet aspect au système si nous voulons évoluer. Je suis tout à fait d'accord avec cela. Les gens espèrent que cela se fera à l'échelle mondiale. Je travaille parfois avec l'Organisation mondiale de la santé, l'OMS, pour promouvoir la notion de partenariat et d'équipes interdisciplinaires, et nous tâchons de créer des ressources en santé dans ce contexte. Nous sommes persuadés que cela permettra de créer un système beaucoup plus efficace.

[Translation]

The Acting Chairman: We do not have enough time for any more questions. It is now noon. I know that a number of colleagues would have liked to ask you some questions. Perhaps you would agree to answer some of their questions individually after the meeting.

Before closing, I would like to congratulate you. Unfortunately, we did not have an opportunity to talk about the national health care training centre. Senator Gauthier referred to it. We consider it a model, and we would have really liked to hear your comments on it. I know that as a result of some funding from Heritage Canada, you have been able to increase your recruitment. We would have been interested to hear about the results of this experiment, because it could serve as a model for federal government funding for health care. In any case, I am sure we will have an opportunity to hear about the centre some other time.

Rector Fontaine, your university can serve as a model for smaller universities. You show the dynamism I noticed when I visited your university a year ago. I congratulate you and wish you every success in your work.

Dr. Schofield has established a model, and I very much like his approach, which is to work regionally and not set objectives that are too ambitious. He is building in his own region. If his efforts are successful, others will be able to imitate what he has done. You refer to the tragic situation regarding the Professional Training Act in Manitoba. Unless I am mistaken, there is absolutely nothing at all there.

Yesterday we were told that the third largest francophone community in Canada was in British Columbia. There was a reference to the complete lack of any training facilities. Saint-Jean University in Alberta is an excellent institution that offers no programs in health care. There is definitely work to be done in this area, but I think you sketched out a solution when you said that we should start with small facilities in certain places and then build on them. Once again, I would like to offer my congratulations, because we realize that you work under difficult conditions.

The meeting is adjourned.

OTTAWA, Wednesday, September 11, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met today at 2:07 p.m. to review the document entitled "Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français."

Senator Yves Morin (*Acting Chairman*) in the Chair.

[Translation]

The Acting Chairman: We are going to begin now and other senators will certainly be joining us. I want to thank the witnesses for being with us this afternoon. They are Mr. Hubert Gauthier,

[Français]

Le président suppléant: Il n'y a pas assez de temps pour d'autres questions. Il est midi. Je sais que plusieurs collègues auraient aimé vous poser des questions. Peut-être accepterez-vous, après la séance, de répondre personnellement aux questions qu'ils voudraient vous poser.

Avant de terminer, j'aimerais vous féliciter. On n'a malheureusement pas pu parler du centre national de formation en santé. Le sénateur Gauthier y a fait allusion. Pour nous, c'est un modèle dont nous aurions vraiment souhaité entendre parler. Je sais que grâce au financement de Patrimoine Canada, vous avez pu augmenter le recrutement. Cela nous aurait intéressés de connaître les résultats de cette expérience qui pourrait servir de modèle pour le financement du gouvernement fédéral dans le domaine des soins de la santé. Enfin, nous aurons sûrement l'occasion d'entendre parler de ce centre à une autre occasion.

Monsieur le recteur, votre université peut servir de modèle pour les universités de plus petite taille. Vous avez un dynamisme que j'avais déjà eu l'occasion de constater quand j'ai visité votre université, il y a maintenant un an. Je vous félicite et vous souhaite tout le succès possible dans votre travail.

Le docteur Schofield a mis sur pied un modèle et j'aime beaucoup sa façon d'agir et son approche, qui est de bâtir régionalement et ne pas avoir des visées trop ambitieuses. Il construit chez lui. Si cela fonctionne, d'autres pourront l'imiter. Vous avez fait allusion à la situation tragique de la Loi sur la formation professionnelle au Manitoba. Il n'y a absolument rien, c'est le désert, si je ne me trompe pas, sauf exception.

On nous disait hier que la troisième communauté francophone au Canada était celle de la Colombie-Britannique. On a mentionné l'absence complète de lieu de formation. L'Université Saint-Jean, en Alberta, est une excellente université qui n'a rien à offrir dans le domaine de la santé. Il y a sûrement un travail à faire de ce côté, mais je crois que vous avez donné une ébauche de solution en disant que c'est par de petits noyaux en certains lieux que l'on construit. Encore une fois, mes félicitations, vous travaillez dans des conditions difficiles, nous le réalisons.

La séance est levée.

OTTAWA, le mercredi 11 septembre 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 14 h 07 pour examiner le document intitulé «Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français».

Le sénateur Yves Morin (*président suppléant*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

Le président suppléant: Nous allons débiter et d'autres sénateurs se joindront sûrement à nous. Je remercie les témoins de se présenter cet après-midi. Il s'agit de M. Hubert Gauthier,

Chief Executive Officer of St. Boniface Hospital, who was Joint Chair of the Advisory Committee. In addition to occupying the position of President of the Federation, you were also President of the Fédération des communautés francophones et acadiennes, did you not? Am I mistaken?

Mr. Hubert Gauthier, Chief Executive Officer, St. Boniface Hospital: Initially, yes, Mr. Chairman.

The Acting Chairman: I believe you received an award in that capacity. Your expert qualifications are undeniable. We also welcome Mr. Jacques Labelle, who was the Chief Executive Officer of the Ottawa General Hospital, and Mr. Edmond LaBossier, Coordinator of Intergovernmental Francophone Affairs.

As I understand it — and correct me if I am wrong — this is a group of provincial governments who have formed a consortium with a view to examining a certain number of issues affecting francophones. Is that an accurate description?

Mr. Edmond LaBossier, Coordinator/Facilitator, Intergovernmental Francophone Affairs: Yes, that is essentially correct. The position involves coordinating intergovernmental cooperation on francophone affairs for the provinces and territories.

The Acting Chairman: That includes all the provinces and territories, does it?

Mr. LaBossier: Yes.

The Acting Chairman: As you know, this Committee was struck for the specific purpose of studying these two reports and subsequently reporting to the Senate. This was done in response to a motion by Senator Gauthier that was passed unanimously by the Senate. We will be reviewing these two documents — in other words, “La santé en français,” and the report to the federal government minister. So we are proceeding with this study. This afternoon’s discussion is very important because ultimately, that is the purpose of our Committee. It was put in place specifically to review these two documents.

Mr. Jacques Labelle, former Chief Executive Officer, Ottawa General Hospital: I am here not because it was my intention to get involved, but because I was asked to provide input. Perhaps some background information is in order: I have held the position of Chief Executive Officer in institutions throughout Ontario, and specifically in Sudbury, Ottawa, Brockville, Smith Falls, Toronto, and Montreal for five years. So, having lived there, I am quite familiar with the Ontario environment. I am not as familiar with the Maritimes, and even less so, Western Canada, even though I have travelled extensively in that part of the country.

I believe the issue of health services in French has to be examined based on groupings of provinces. In my opinion, Ontario and New Brunswick are a special case because of the large number of francophones there. With the other provinces, such as the Western provinces, I believe the dynamic is completely different because Francophones are scattered over the area and relatively few in number.

directeur général de l'Hôpital Saint-Boniface, qui était coprésident du comité consultatif. En plus d'avoir été président de la Fédération, vous avez été président de la Fédération des communautés francophones et acadienne? Est-ce que je me trompe?

M. Hubert Gauthier, directeur général, hôpital de Saint-Boniface: À l'origine, monsieur le président.

Le président suppléant: Vous avez d'ailleurs reçu une distinction à ce titre. Vos titres d'expertise sont indiscutables. Nous accueillons également M. Jacques Labelle, qui était président directeur général de l'Hôpital général d'Ottawa et M. Edmond LaBossier, qui est coordonnateur des affaires francophones intergouvernementales.

Si j'ai bien compris, vous me corrigerez si je me trompe, il s'agit d'un regroupement de gouvernements provinciaux qui ont formé un consortium pour étudier un certain nombre de problèmes en rapport avec la francophonie. Est-ce bien dit?

M. Edmond LaBossier, coordonnateur/facilitateur, Affaires francophones intergouvernementales: C'est essentiellement cela. C'est un poste de coordination pour les provinces et les territoires en ce qui concerne la coopération intergouvernementale sur les affaires francophones.

Le président suppléant: Cela inclut toutes les provinces et les territoires?

M. LaBossier: Oui.

Le président suppléant: Vous savez que ce comité a été mis sur pied spécifiquement pour étudier ces deux rapports et pour faire rapport au Sénat. Il s'agissait d'une suggestion du sénateur Gauthier qui a été adoptée à l'unanimité par le Sénat. Nous allons revoir ces deux documents, soit «La santé en français» et le rapport au ministre du gouvernement fédéral. Nous allons procéder à cette étude. L'échange de cet après-midi est très important parce que, finalement, c'est l'objet de notre comité. Il a été mis sur pied précisément pour étudier ces deux documents.

M. Jacques Labelle, ex-président directeur général, Hôpital général d'Ottawa: Je suis ici non pas parce que cela faisait partie de mes intentions, mais parce qu'on m'a demandé de faire des commentaires. Je vous rappelle mes antécédents: j'ai été directeur général en Ontario, à Sudbury, à Ottawa, à Brockville, à Smith Falls, à Toronto et à Montréal pendant cinq ans. Je connais assez bien le milieu ontarien pour y avoir vécu. Je connais moins les Maritimes et certainement moins l'Ouest, bien que j'aie beaucoup voyagé dans l'Ouest.

Je pense qu'on doit diviser le problème de la santé en français par blocs de provinces. Selon moi, l'Ontario et le Nouveau-Brunswick sont dans une situation particulière à cause du nombre assez important de francophones. Pour les autres provinces, comme les provinces de l'Ouest, je pense que c'est une dynamique complètement différente à cause de l'éparpillement et du nombre relativement limité de francophones.

The same applies to the Maritime provinces, with the exception of New Brunswick, which seems to take the needs of the francophone population very much to heart.

My comments will probably give people the impression I am playing the devil's advocate. What I say will not be seen as "politically correct." I have to say I had problems with the report and with the connection made between the health status of francophones outside Quebec and the quality French-language services. There is no connection between the two. If francophones are experiencing health problems, the causes are socio-economic. If, one day, francophones have a status similar to that of anglophones in their province, I believe they will have the same health problems — no more, no less. If we had services in French for those who are socio-economically disadvantaged, the health problems would be the same. So, I challenge the connection the report makes between these two elements.

The term "community" that is used in the report also raises questions. The term "community" refers to a group of people who have something in common — more than just language, a society, or an ability to exchange views on a daily basis in one language. That has been the case in certain communities where there was a concentration of francophones.

At the time I was born raised in Ottawa, I could walk from the cathedral on Sussex Drive down to Notre-Dame de Lourdes cemetery, which was a two-hour walk. I would not have met a single anglophone during my walk. Every activity was carried out in French — be it a trip to the garage, the hairdresser, the pharmacist or the cashier in the convenience store. If I were to take the same route today, I would consider myself lucky if I met even one francophone. Similarly, if someone were to serve me in French in a store, I'd also consider myself pretty lucky.

To a certain extent, existing communities have been eliminated because non-francophones have become integrated into those communities and the francophones have become dispersed. Now there are francophones in Kanata, Rockliffe, everywhere; when I was young, that was not the way it was. And that causes serious problems in terms of providing services in French. Francophones who live in those communities certainly have less control over language than I did, when I was young.

If I look at my sisters, cousins and people living in the community nowadays, I see that their children are certainly a lot more comfortable in English than in French, which was not the case with people of my generation. The same phenomenon has occurred in Western Canada, such as in St. Boniface, Gravelbourg and other communities.

The report struck me as bureaucratic. I got the impression that people had been forced to present findings, and not knowing how to tackle the problem, they suggested bureaucratic structures, the way people do when they do not really have a clear idea of what should be done. It reminds me of the health councils that were set up. We had a list of issues but we didn't know what to do to resolve them. So, it was suggested that health councils be

C'est exactement la même chose pour les provinces maritimes sauf pour le Nouveau-Brunswick qui, lui, semble prendre à coeur les besoins de sa population francophone.

Mes commentaires me feront probablement passer pour l'avocat du diable. Je ne serai pas «politically correct». J'ai eu de la difficulté avec le rapport et avec la relation qu'on a établie entre la qualité de la santé des francophones hors Québec et la qualité des services en français. Il n'y a aucun parallèle à faire entre les deux. S'il y a un problème de santé chez les francophones, cela est causé par des éléments socio-économiques. Si un jour, les francophones ont un statut similaire aux anglophones de leur province, je pense qu'ils n'auront pas plus, pas moins de problèmes de santé. Si on avait des services en français pour les personnes défavorisées socio-économiquement, on aurait les mêmes problèmes de santé. Je conteste le lien que le rapport fait entre les deux.

On doit se poser des questions sur le terme «communauté» qu'on retrouve dans le rapport. Une communauté veut dire que ce sont des gens qui ont quelque chose en commun, plus que la langue, une société, une capacité d'échanger sur une base journalière dans une langue. Cela a déjà été le cas dans certaines communautés où il y avait des concentrations de francophones.

Lorsque je suis né à Ottawa, je pouvais partir de la cathédrale sur la rue Sussex et marcher jusqu'au cimetière Notre-Dame de Lourdes, ce qui représentait deux heures de marche. Je n'aurais pas rencontré un anglophone pendant cette marche. Tout se faisait en français, que ce soit avec le garagiste, le coiffeur, le pharmacien ou le caissier au dépanneur. Aujourd'hui, je ferais la même marche et si je rencontrais un francophone, je pourrais me considérer chanceux. Si je suis servi en français dans une boutique, je vais me considérer très chanceux.

Les communautés existantes ont été jusqu'à un certain point éliminées du fait que d'autres éléments non francophones ont intégré ces communautés et que les francophones sont dispersés. Il y a des francophones à Kanata, à Rockliff, partout; dans ma jeunesse, il n'y en avait pas. Cela cause des problèmes sérieux pour les services en français. Les francophones qui vivent dans ces communautés ont certainement moins le contrôle de la langue que lorsque j'étais jeune.

Je regarde mes soeurs, mes cousins, les gens qui vivent dans la communauté actuelle et je constate que leurs enfants sont certainement plus à l'aise en anglais qu'en français, ce qui n'était pas le cas pour les gens de ma génération. Le même phénomène s'est produit dans l'Ouest comme à Saint-Boniface, à Gravelbourg ou à d'autres endroits.

Le rapport m'a semblé bureaucratique. J'ai eu l'impression qu'on a imposé aux gens d'arriver à des conclusions et ne sachant comment attaquer le problème, ils ont proposé des structures bureaucratiques telles que le font les gens lorsqu'ils ne savent pas très bien quoi faire. Cela me fait penser à la création des conseils de la santé. On avait une liste de problèmes et on ne savait pas quoi faire pour les solutionner. On a donc préconisé la création de

established; they meet on an irregular basis, conduct studies and draft reports. But what impact does that have on the quality of services provided to those communities? I have my doubts as to how effective they are.

The problem is that francophones in certain areas have not attained the socio-economic status they should have. That is the fundamental problem. And in every province in Canada, there is a shortage of francophones working in the health care sector. We need to focus here on two types of professionals: nurses and physicians. The others are important, but less so than nurses and physicians, who are at the very heart of the problem.

As I said earlier, the communities are becoming scattered across the country, and up to a point, you could say that the communities are rapidly shrinking; thus the possibility of finding health care professionals within these communities is also diminishing, because their numbers are decreasing. These people are disadvantaged. And their becoming professionals is still problematic.

It is important to recognize that the provinces, with the exception of New Brunswick, are not interested in this issue. This is their responsibility, because health care is an area of provincial jurisdiction. As long as we cannot ensure that the provinces will take the needs of their population seriously, it will be difficult to get around these issues.

As for networking, my concern is that we will create a bureaucratic structure. If we hire people to conduct studies and write papers, that will generate a great deal of bureaucratic activity. What effect will that have on the number of francophone nurses or physicians? That is the key point. We need francophone physicians and nurses in strategic locations.

As for training, there is discussion of a consortium. I am in favour of using existing training facilities where there are francophones. That would certainly include the University of Ottawa, and Laurentian University in Ontario. There are bilingual community colleges in Ontario as well; in Western Canada, there are francophone colleges. I favour concentrating training activities in existing colleges to see whether they can develop programs for francophones.

As regards medical training programs, that would be quite complex. It would be easier in the case of nursing. There are some possibilities there. Once again, the training could be provided in existing hospitals where, west of the Ottawa River — except for Montfort — all available training is given in English. These francophone students would be required to go to anglophone facilities to be trained.

With its Bill 8, Ontario has tried to make francophones feel more welcome. They designated certain hospitals as bilingual, and these hospitals were asked to prepare action plans setting out what had to be done to meet the needs of their francophone population. However, this seems to have had no effect on the daily lives of francophones who live in these areas. With the exception of Ottawa, which has a larger population, the hospitals

conseils de la santé qui se rencontrent de façon irrégulière et qui font des études et rédigent des rapports. Mais quel impact cela a-t-il sur la qualité des services de ces communautés? J'ai des doutes.

Le problème est que les francophones à certains endroits n'ont pas le statut socio-économique qu'ils devraient avoir. C'est l'essence du problème. Il y a une pénurie de francophones dans le domaine de la santé dans toutes les provinces. On doit se concentrer sur deux genres de professionnels: les infirmières et les médecins. Les autres sont importants, mais moins que les infirmières et les médecins qui sont au coeur du problème.

Comme je le disais tout à l'heure, les communautés sont en voie d'éparpillement et jusqu'à un certain point, on pourrait dire que les communautés rétrécissent rapidement, donc la possibilité d'aller chercher des professionnels de la santé à même ces communautés diminue puisque le nombre diminue. Ces gens sont défavorisés. Qu'ils deviennent professionnels cause encore certains problèmes.

On doit reconnaître que les provinces, sauf le Nouveau-Brunswick, ne sont pas intéressées à ce problème. C'est de leur domaine puisque la santé est de juridiction provinciale. Tant qu'on ne pourra pas s'assurer que les provinces prennent au sérieux les besoins de leur population, il sera difficile de contourner ces difficultés.

Quant au réseautage, j'ai peur qu'on crée une structure bureaucratique. Si on engage des gens pour faire des études et rédiger des documents, il va y avoir abondance de travail bureaucratique. Quel effet cela aura-t-il sur le nombre de francophones qui sont soit infirmières ou médecins? C'est la clé du problème. Il faut avoir des médecins et des infirmières francophones dans des lieux stratégiques.

Pour la question de la formation, on parle d'un consortium. Je privilégie les lieux de formation existants où il y a des francophones. Il y a certainement l'Université d'Ottawa et l'Université Laurentienne en Ontario. Il y a des collèges communautaires bilingues en Ontario; dans l'Ouest, il y a des collèges francophones. Je concentrerais les activités dans les collèges existants pour voir s'ils ne sont pas en mesure de développer certains programmes pour les francophones.

Quand aux programmes de médecine, c'est très complexe. Pour le nursing, ce serait plus facile. Il y aurait des possibilités. Encore là, les lieux de formation seraient dans les hôpitaux existants où, à l'ouest de la rivière des Outaouais — sauf à Montfort — toute la formation se donne en anglais. Ces étudiants francophones seraient obligés de fréquenter ces lieux anglophones pour leur formation.

L'Ontario, avec sa Loi 8, a tenté de créer des lieux d'accueil pour les francophones. On a désigné certains hôpitaux bilingues et on leur a demandé d'établir des plans d'action pour subvenir aux besoins de leur population francophone. Toutefois, cela ne semble avoir eu aucun effet sur la réalité des francophones vivant en ces lieux. À l'exception d'Ottawa où la population est plus importante, les hôpitaux n'ont pas pris cela au sérieux. Là où

haven't taken this seriously. Where francophones are in a minority position, very little has been done. Action plans were put together and there has been a lot of activity at the bureaucratic level, but the actual situation in these hospitals has not changed.

Another fundamental point is that the majority of francophones themselves do not demand services in French. Many are comfortable speaking English where complex and technical matters are concerned.

When I was Chief Executive Officer of the Ottawa General Hospital, a third of the correspondence I would receive from Franco-Ontarians was addressed to me in English: "Dear Mr. Jacques Labelle." They would write to me in English and I would answer in English. That is the reality, and there is nothing I can do about it.

The situation in terms orientation/service facilities for francophones in the other provinces, where the population is even more scattered, is difficult to understand. I was a member of the Association canadienne-française de Kingston for many years. There are 5,000 francophones in the region, and yet no services are provided to francophones. There are French-speaking nurses and physicians, but there is nothing structured. Rectifying the situation could be difficult because francophones are scattered over a large area, are well-off financially and already have a physician. Getting these people to focus on providing services in French, rather than English, could well prove impossible.

The technological aspect of the report completely escapes me. It is claimed that using computers will allow us to revolutionize the world. A doctor has to stay in touch with colleagues and social agencies in his/her community. If the technology being used is in English, it could be a problem if someone is using a different system.

When I need to be referred, even though my doctor is a francophone, I want to be referred to a physician in Kingston. That is where I want to receive services — not in Ottawa or Quebec City. My doctor has to have contacts with other professionals in and around the City of Kingston. In that sense, having communication links with Ottawa or Sudbury may not be viable for the people who live in those areas.

In conclusion, the real problem we have to tackle is the assimilation of francophones. The fewer francophones there are, the more difficult it will be to justify services in French for them, because as the percentage of francophones goes down, the numbers of other groups are going up.

Second, because we need to find health care professionals within this francophone population, we don't want to see its numbers decrease, because the more they decrease, the less likely we are to find physicians and nurses within that population. I believe we need to convince the provinces with significant francophone populations to take action. If we go around the provinces, we may end up being the big losers.

les francophones sont plutôt minoritaires, on a fait très peu. On a établi des plans d'action et effectué toutes sortes de travaux bureaucratiques, mais la réalité de ces hôpitaux n'a pas changé.

Un autre élément fondamental est que la majorité des francophones eux-mêmes n'exigent pas des services en français. Plusieurs sont plus à l'aise en anglais lorsqu'il s'agit de choses complexes et techniques.

Lorsque j'étais directeur général de l'Hôpital Général d'Ottawa, le tiers de la correspondance que je recevais de la part de francophones ontariens m'était adressée en anglais: «Dear Mr. Jacques Labelle». On m'écrivait en anglais et je devais répondre en anglais. C'est la réalité, et je n'y peux rien.

La situation en lieux d'accueil dans les autres provinces où les populations sont encore plus dispersées est difficile à comprendre. J'ai été membre de l'Association canadienne-française de Kingston pendant de nombreuses années. Nous sommes 5 000 francophones dans la région et aucun service n'est offert pour les francophones. Il y a des infirmières et des médecins francophones, mais rien n'est structuré. Redresser la situation pourrait être difficile du fait que les francophones sont dispersés, qu'ils sont financièrement à l'aise et qu'ils ont déjà un médecin. Faire en sorte que ces gens concentrent leurs activités sur des services en français plutôt qu'en anglais risque d'être impossible.

Je suis dépassé par l'aspect technologique du rapport. On prétend que l'informatique va nous permettre de révolutionner le monde. Un médecin doit être en contact avec ses collègues et les agences sociales de son milieu. Si toute la technologie dans ces endroits se fait en anglais, il pourrait être difficile qu'un certain individu soit sur un réseau différent.

Lorsque je dois être référé, même si mon médecin est francophone, je veux qu'il me réfère à un médecin de Kingston. C'est à cet endroit que je veux être servi et non à Ottawa ou à Québec. Mon médecin doit avoir des liens de communication avec les éléments qui entourent la ville de Kingston. En ce sens, le fait d'avoir des liens de communication technologique avec Ottawa ou Sudbury n'est pas nécessairement viable pour la population qui habite dans ces régions.

En conclusion, le problème réel auquel on doit s'attaquer est l'assimilation des francophones. Moins il y aura de francophones, moins on pourra justifier des services en français pour ceux-ci, car si la population francophone diminue en pourcentage, les autres populations augmentent.

Deuxièmement, puisqu'il faut aller chercher les professionnels de la santé au sein de cette population francophone, il ne faudrait pas que celle-ci diminue, car plus elle va diminuer, moins on va être en mesure d'aller chercher des médecins et des infirmières dans cette population. Il va falloir convaincre les provinces dans lesquelles on retrouve des populations francophones importantes d'agir. En contournant les provinces, on risque de se faire jouer un tour.

At one time, Ontario had the two largest hospitals in Canada outside of Quebec. They were administered by francophones. The majority of their employees were francophone, as well as the members of their boards of directors, their senior managers and middle managers. Over the last five years, these two hospitals have been merged with English-speaking hospitals. Their boards of directors as well as their administration have been abolished. Middle managers from these hospitals have been transferred elsewhere. If you go to the Ottawa General Hospital, there is not one manager left. All of them have been transferred to the Civic Hospital. They will tell you that everybody is bilingual, but in fact there is no francophone representation.

Francophones used to play a role that contributed to the health status of Franco-Ontarians and Ontarians. That role has been taken away from them, although the same is not true for other minorities that also had independent hospitals. They were allowed to keep their hospitals — for example, Mount Sinai Hospital and St. Michael's Hospital in Toronto. However, there was no hesitation about abolishing French-speaking hospitals.

No one can redress the wrong that was done when the Ottawa General Hospital and the Sudbury Regional Hospital were dismantled. Having administered both of these facilities, I know whereof I speak.

The Acting Chairman: That is a different side of the story from what we have heard thus far. Mr. Edmond LaBosière, please proceed.

Mr. LaBosière: When I was in Quebec City several years ago taking a course, I was asked how long ago I had left Quebec to take up residence in Manitoba. I answered that it had been 111 years. Today, I could say that it has been 124 years, because it was in fact my ancestors who left Quebec to settle in Manitoba. My children are francophone. Our home is francophone and we live in the community of St-Pierre-Jolys, which is primarily French-speaking.

I could speak at length about this issue, but before I begin, perhaps I could tell you something about my background so that you can understand where I am coming from. I worked for the Government of Manitoba for ten and a half years as a special advisor on French-language services. Last December, I took up a new position created by the provinces and territories as a whole. That position is Coordinator of Intergovernmental Francophone Affairs.

I have provided you with a brief. It presents the ideas that I would like to address in our discussions this afternoon. Access to health services in French varies tremendously from one region of Canada to the next. Indeed, the FCFA report describes the current situation with respect to health care services in French.

Why this significant difference? Well, one might be tempted to believe that demographic and geographical factors (small numbers of francophones and the fact that they are scattered over different areas) are the main reason for a lack of services in French. However, these same factors did not prevent the establishment of French-speaking schools in practically every region of the country.

À une certaine époque, l'Ontario avait les deux plus gros hôpitaux hors Québec au Canada. Ceux-ci étaient gérés par des francophones. La majorité de leurs employés était francophone, de même que les membres des conseils d'administration, les cadres supérieurs et les cadres intermédiaires. Ces deux hôpitaux, au cours des cinq dernières années, ont été annexés à des hôpitaux anglophones. Leur conseil d'administration a été aboli ainsi que leur administration. Les cadres intermédiaires de ces hôpitaux ont été transférés. Si vous allez à l'Hôpital général d'Ottawa, il ne reste plus un cadre. Tous ont été transférés à l'Hôpital civique. On vous dira que tous sont bilingues, mais il n'y a aucune représentation francophone.

Les francophones jouaient un rôle qui contribuait à la santé des Franco-Ontariens et des Ontariens. On leur a enlevé ce rôle, alors qu'on ne l'a pas fait pour les autres minorités qui, elles aussi, avaient des hôpitaux indépendants. Elles ont eu le droit de conserver leurs hôpitaux — par exemple, Mount Sinai Hospital et St. Michael's Hospital à Toronto. Par contre, on n'a pas hésité à abolir les hôpitaux francophones.

Nul ne pourra réparer le tort qui a été fait par la disparition de l'Hôpital général d'Ottawa et de l'Hôpital régional de Sudbury. Ayant été administrateur de ces deux établissements, je parle en connaissance de cause.

Le président suppléant: C'est un son de cloche différent de ce qu'on a entendu jusqu'ici. La parole est maintenant à M. Edmond LaBosière.

M. LaBosière: Lorsque j'étais à Québec, il y a plusieurs années, pour y suivre un cours, on m'a demandé depuis combien de temps j'avais quitté le Québec pour aller vivre au Manitoba. J'ai répondu que cela faisait 111 ans. Aujourd'hui, je pourrais dire que cela fait 124 ans, puisque ce sont mes ancêtres qui ont quitté le Québec pour aller s'établir sur des terres au Manitoba. Mes enfants sont francophones. Notre foyer est francophone et nous vivons dans la communauté de St-Pierre-Jolys, largement francophone.

Je pourrais vous parler longuement de cette question, mais permettez-moi de vous relater quelques moments de mon vécu afin de vous situer. J'ai travaillé pendant 10 ans et demi à titre de conseiller spécial sur les services en langue française au sein du gouvernement du Manitoba. Depuis décembre dernier, j'occupe un nouveau poste créé par l'ensemble des provinces et des territoires. Il s'agit d'un poste de coordonnateur des affaires francophones intergouvernementales.

Je vous ai laissé un texte écrit. Il y a là les optiques sur lesquelles je désire vous entretenir. L'accès aux services de santé en français varie énormément au Canada d'une région à l'autre. Le rapport de la FCFA fait d'ailleurs état de la situation des services de santé en français.

Pourquoi cette grande différence? On pourrait croire que des facteurs démographiques et géographiques (faiblesse des nombres et éparpillement des francophones) sont la principale cause des manques de services en français. Par contre, ces mêmes facteurs n'ont pas empêché l'établissement d'écoles francophones dans presque toutes les régions du Canada.

One must not believe that smaller populations and the dispersal of the communities prevent us from providing health care services in French. We have done so in the educational field. Why can we not do the same for health care?

Political and legislative realities for minority francophone and Acadian communities are very different from one province or territory to the next. Some governments, like those of New Brunswick and Manitoba, have constitutional obligations where linguistic matters are concerned. Manitoba and Quebec, although their circumstances are special, have the same constitutional obligations both from a legislative and legal standpoint.

Other provinces, such as Ontario and Prince Edward Island, have passed laws dealing with services in French. Manitoba also has a policy statement that is extremely clear and favourable to services in French — I could tell you a great deal about it, since I worked on the policy for ten and a half years in Manitoba.

Given that situation, it is also worth noting that those are the regions in Canada where health care services in French are currently evolving.

Other examples of that would be Georges-Dumont and Montfort Hospitals, health care centres in the Évangéline area, in St. Boniface, Sudbury and a number of other places. In Manitoba, with its policy of providing services in French, centres have been designated, some of which are partly bilingual, others, fully bilingual, but the fact is that their staff is still not completely bilingual. Some favourable changes have occurred, though, thanks to legislation or policies that are now in place.

When it comes to services in French, political leadership is absolutely critical. Action and support from governments can greatly contribute to the vitality of francophone communities and foster their development. The Official Languages Act and its implementation is an example of that. Political will and government commitment are absolutely key in implementing initiatives aimed at developing and acting on action plans for health care services in French. However, community participation is also critical. Based on my own experience, I can confirm that where government action was involved, it was very helpful to plan services in French by working directly with the community. That is an absolute prerequisite — otherwise, there is a risk that the solutions identified will not be the most appropriate — in other words, those that best address the needs of francophones.

The active offer of services in French can be accomplished by a variety of means and infrastructures that reflect the different demographic and geographical realities of Canada's francophone communities. However, there are two principles that must be adhered to. Even if we find different ways of providing services in French, the services must be offered in those areas where francophones live. That may seem a rather trivial point, but sometimes hospitals or centres are designated that are actually outside of the area where francophones are concentrated. If we want to provide services, let's provide them right where francophones reside.

Il ne faut donc pas penser que les populations réduites et le dispersement des communautés nous empêchent d'offrir des services de santé en français. On l'a fait en éducation. Ne peut-on pas le faire en santé?

Les réalités politiques et législatives où vivent les communautés francophones et acadienne en situation minoritaire sont très différentes d'une province ou d'un territoire à l'autre. Certains gouvernements, tels ceux du Nouveau-Brunswick et du Manitoba, ont des obligations constitutionnelles en matière linguistique. Le Manitoba et le Québec, bien que particulières, ont pour leur part les mêmes obligations constitutionnelles du point de vue législatif et juridique.

D'autres provinces telles l'Ontario et l'Île-du-Prince-Édouard ont adopté des lois sur les services en français. Le Manitoba a aussi un énoncé politique très clair et favorable aux services en français — je pourrais vous en parler longuement, ayant travaillé avec cette politique pendant 10 ans et demi au Manitoba.

Si on tient compte de cette situation, notons aussi que ce sont les régions au Canada où évoluent actuellement des services de santé en français.

Pour donner des exemples de cette réalité, on peut penser aux hôpitaux Georges-Dumont et Montfort, aux centres de santé communautaire dans la région Évangéline, à Saint-Boniface, à Sudbury, et à plusieurs autres exemples. Au Manitoba, avec la politique des services en français, on a désigné des centres, certains partiellement bilingues, d'autres entièrement bilingues, mais la réalité est qu'il n'y a pas encore un personnel complètement bilingue. Il y a cependant des faits favorables grâce aux mesures législatives ou aux politiques en place.

Le leadership politique, en ce qui a trait aux services en français, est d'une importance capitale. L'action et l'appui des gouvernements peuvent grandement contribuer à la vitalité des communautés francophones et faciliter leur épanouissement. La Loi sur les langues officielles et sa mise en oeuvre en est un exemple. La volonté politique et l'engagement gouvernemental sont des éléments clés de la mise en marche d'initiatives d'élaboration et de mise en oeuvre de plans d'action pour les services de santé en français. Cependant, la participation communautaire est aussi essentielle. Par expérience, je peux dire que cela a été très profitable, lors des démarches gouvernementales, de planifier des services en français en travaillant avec la communauté. Il faut absolument le faire, autrement, on risque de ne pas trouver les meilleures solutions, celles qui rejoignent davantage les francophones.

L'offre active de services en français peut se faire par une variété de moyens et d'infrastructures qui tiennent compte des différentes réalités démographiques et géographiques relatives aux communautés francophones. Cependant, il y a deux principes qu'il faut respecter. Même si on trouve différents moyens d'assurer les services en français, l'offre de services doit se faire là où vivent les francophones. Ce point peut sembler un peu banal, mais parfois, on désigne un hôpital ou un centre qui se trouve en dehors de la région où sont concentrés les francophones. Si on veut assurer des services, offrons-les dans les régions où vivent les francophones.

To the greatest extent possible, the offer should be made by having francophone or fully bilingual units — it could be small units — or centres. There will be some exceptions. Sometimes you have to designate a certain number of positions in a large centre. I can tell you, based on my own experience, that having a few positions designated in a large centre does not guarantee quality services in French, because you can easily end up in a situation where people will say: "I'm sorry, I don't speak French. Can you speak English?," or worse yet: "Can you not speak English?" or other turns of phrase that are even worse.

On the other hand, the language of communication between employees can be French, when you create units or entities that are entirely francophone or entirely bilingual. The St. Boniface Health Care Centre is a good example of that: it has 25 employees, all francophone, who communicate with each other in French. All the documentation is prepared in French. That is also the case in other regions of the country. So, I repeat: it is important to create separate entities — francophone or fully bilingual units — and francophones must be completely in control of these units.

Intergovernmental cooperation in the area of francophone affairs, particularly the matter of health care services in French, is not something that should be neglected. Critical masses can be attained where borders are not taken into account. It is perfectly true that there are not many francophones in Saskatchewan. There may be 50,000 in Manitoba, almost 60,000 in Alberta, about the same number in British Columbia, and very few in Yukon or the Northwest Territories. However, if you look at the francophone population as a whole in the West or in Northern Canada, the fact is their numbers are close to 200,000.

A call centre set up to provide services in French throughout the region would have an attractive critical mass to work with. This would also make it possible to group together a goodly number of service providers. Fortunately, we are starting to see initiatives such as this. In British Columbia, the Ministry of Health has just sent out a memo to ministries of health in the Western provinces — that was done this summer — to see whether they would be interested in setting up a phone line to provide information to citizens in English. The ministry has also said that there needs to be a francophone component. Indeed, the St. Boniface Health Care Centre is currently examining the possibility of setting up a health care information line for francophones. We have reached an agreement with the Western provinces and will be engaging in discussions to review the options in terms of creating a francophone health care information line.

There are also other interesting initiatives in the works. Last year, in Edmonton, the FCFA report and the Advisory Committee report were presented to the Ministerial Conference on Francophone Affairs. Indeed, Hubert Gauthier came to the conference to make a presentation. Following his presentation, the delegates passed a certain number of recommendations. They also wrote to Mrs. McLellan to make her aware of issues of interest to ministers of Francophone Affairs and to begin acting

Dans la mesure du possible, l'offre doit se faire par l'entremise d'unités — cela peut être de petites unités —, par l'entremise de centres francophones ou entièrement bilingues. Il y aura des exceptions. Parfois, il faut désigner quelques postes dans un gros centre. Je peux vous dire, par expérience, que quelques postes désignés dans un gros centre n'assurent pas des services de qualité en français parce qu'on peut facilement se trouver dans une situation où on nous dit: «I'm sorry, I don't speak French. Can you speak English?» ou pire encore: «Can you not speak English?» ou d'autres tournures plus effrayantes encore.

La langue de communication entre les employés peut être le français lorsqu'on crée des entités, des unités entièrement francophones ou entièrement bilingues. Le Centre de santé de Saint-Boniface en est un exemple: 25 employés, tous francophones, qui se parlent en français. Dans les documents, ils inscrivent tout en français. Cela se fait aussi dans d'autres régions du pays. Donc, je le répète, il est important de créer des entités, des unités francophones ou entièrement bilingues, et les francophones doivent être pleinement en contrôle de ces unités.

La coopération intergouvernementale dans les dossiers des affaires francophones, notamment dans le domaine des services de santé en français, n'est pas à négliger. Des masses critiques sont atteignables lorsqu'on fait abstraction des frontières. Il est vrai qu'il n'y a pas un grand nombre de francophones en Saskatchewan. Il y en a peut-être 50 000 au Manitoba, près de 60 000 en Alberta, à peu près le même nombre en Colombie-Britannique, et pas beaucoup au Yukon ou aux Territoires du Nord-Ouest. Cependant, quand on regarde la masse de francophones dans l'Ouest et dans le Nord canadien, il y a près de 200 000 francophones.

Un centre d'appel qui offrirait des services en français pour cette région aurait une masse critique intéressante avec laquelle travailler. Cela permettrait aussi de regrouper un nombre intéressant de prestataires de services. Heureusement, des initiatives en ce sens commencent à voir le jour. En Colombie-Britannique, le ministère de la Santé vient de lancer un communiqué aux ministères de la Santé des provinces de l'Ouest — cela s'est fait cet été — pour voir s'il y aurait un intérêt à mettre sur pied une ligne téléphonique pour informer les citoyens en anglais. Le ministère a aussi dit qu'il fallait une composante francophone. Le Centre de santé de Saint-Boniface est justement en train d'examiner la possibilité d'établir une ligne téléphonique francophone de santé. On s'est entendu avec les provinces de l'Ouest et on va animer une discussion pour examiner les possibilités de mettre sur pied une ligne téléphonique francophone.

Il y a aussi d'autres initiatives intéressantes. L'an dernier, à Edmonton, la Conférence ministérielle sur les affaires francophones a pris connaissance du rapport de la FCFA et du rapport du comité consultatif. D'ailleurs, Hubert Gauthier est venu y faire une présentation. Suite à sa présentation, les délégués ont adopté certaines recommandations. Ils ont aussi écrit à Mme McLellan pour lui faire part des intérêts des ministres des Affaires francophones et pour commencer à donner suite au rapport du

on the Advisory Committee's report. That question will be addressed and examined again at the Ministerial Conference on Francophone Affairs that will take place in St. John's, Newfoundland, in early October.

The provinces and territories are starting to hold discussions on these matters. Federal/provincial/territorial agreements and bilateral agreements may also be useful. At the present time, there are no specific federal-provincial agreements on health care. There are agreements on official languages promotion that are used to a very limited extent in the health care field.

There are some cooperative intergovernmental initiatives. We need to look at how resources can be used to ensure health care services can be provided in French.

Having national incentives makes for more equal access to services in French in the different regions of the country. Section 23 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms, Section 41 of the Official Languages Act, and the federal funding envelope for school management by Franco-Manitobans are all examples of national incentives that greatly contributed to positive change as regards education in French. Is it not now time to consider similar measures in the health care field? That would be a way of making progress in this area as well.

To conclude, for many members of the francophone and Acadian communities, access to health care services in French depends on an appropriate mix of government leadership, intergovernmental cooperation — either through agreements or other projects or initiatives — and community participation.

The Acting Chairman: Mr. Gauthier, please proceed.

Mr. Gauthier: I want to begin by thanking you for taking the initiative of reviewing the matter of health care services in French for the 1 million francophones who live outside of Quebec. First of all, although there are a lot of things that could be said about me, the important thing is that I come from the land of Riel. In Manitoba, in Riel's time, the province was officially bilingual. The francophone community suffered every possible kind of attack from 1916 until the 1950s, and since then, it has been possible to turn the situation around somewhat.

If I am talking that way to you today, it is because I still remember my grandfather, who was a real fighter in Manitoba, and I know that were he still alive, he would be saying to me: "Hubert, we should have done that 40 years ago!" I am a member of that race of Franco-Manitoban Gauls who refuse to give up and who firmly believe that they bring added value to the debate, and that they shouldn't have to beg for things that could be interpreted as gifts being bestowed on a small group of citizens.

Today's initiative is particularly appropriate, coming as it does just before the tabling of important reports, such as the Senate Committee Report, and financial decisions that will be made over the course of the next few months and will affect Canada's health

comité consultatif. Le sujet sera encore traité et revu à la conférence ministérielle sur les affaires francophones, qui aura lieu à Saint. John's, Terre-Neuve, au début d'octobre.

Il commence à y avoir des discussions, au niveau des provinces et des territoires, au sujet de ces questions. Des ententes fédérales-provinciales-territoriales et des ententes bilatérales peuvent aussi être utiles. Il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'ententes fédérales-provinciales spécifiques dans le domaine de la santé. Il existe des ententes sur la promotion des langues officielles qu'on utilise un peu dans le domaine de la santé.

Il existe certaines initiatives de collaboration et de coopération intergouvernementale. Il nous faut regarder comment mieux utiliser les ressources afin d'assurer certains services de santé en français.

L'existence de mesures incitatives d'envergure nationale rend plus égal l'accès aux services en français dans les diverses régions du pays. Pensons à l'article 23 de la Charte canadienne des droits et libertés, à l'article 41 de la Loi sur les langues officielles et à l'enveloppe financière fédérale pour la gestion scolaire franco-manitobaine comme des exemples de mesures incitatives d'envergure nationale qui ont beaucoup contribué à l'évolution de l'éducation en français. N'est-il pas temps d'avoir de telles mesures dans le domaine de la santé? Cela pourrait nous permettre de faire évoluer ce dossier.

Pour conclure, l'accès aux services de santé en français, pour un grand nombre de membres des communautés francophones et acadienne, dépend d'un bon mélange de leadership gouvernemental, de coopération intergouvernementale — que ce soit par des ententes ou d'autres projets d'initiative quelconques — et de la participation communautaire.

Le président suppléant: Je donne maintenant la parole à M. Gauthier.

M. Gauthier: Je vous remercie d'abord de l'initiative que vous avez prise d'examiner cette question de soins de santé en français pour le million de francophones qui vit à l'extérieur du Québec. D'abord, j'aimerais dire qu'on peut me présenter sous bien des angles, mais je viens du pays de Riel. Au Manitoba, à l'époque de Riel, la province était officiellement bilingue. Depuis ce temps, la communauté francophone n'a cessé d'être attaquée sous à peu près toutes ses formes à partir de 1916 jusqu'aux années 1950, et à partir de ce moment, on a pu revirer un peu la situation.

Si je vous parle ainsi aujourd'hui, c'est parce que je me rappelle de mon père qui a été un farouche bagarreur au Manitoba et qui, s'il était encore vivant, me dirait: «Hubert, on aurait dû faire cela il y a 40 ans!» Je fais partie de cette race de Gaulois franco-manitobains qui ne baisseront pas les épaules et qui croient fermement qu'ils ont une valeur ajoutée à amener au débat et non à quémander des choses qui seraient interprétées comme des cadeaux qui seraient faits à un petit groupe de citoyens.

L'initiative d'aujourd'hui est particulièrement opportune à la veille du dépôt des rapports importants dont celui du comité sénatorial et des décisions financières qui seront prises au cours des prochains mois et qui affecteront les systèmes de santé

care system for years to come. Of course, I refer to the Romanow Commission and to what is now called the "Kirby" Senate Committee. There is also the Dion Plan on Official Languages which is expected shortly.

The position we are taking is that we will be part of both debates, not just one. We want the circumstances of minority francophone communities to be taken into consideration in both debates and the decision-making. Concrete, aggressive measures are required to correct the current situation — namely that more than half of the francophones who have minority status in their area have little or no access to services in their own language, when they live in provinces where the majority speaks English. That is a fact.

Instead of theories, I prefer to talk about concrete cases involving services in French. I think it is worth taking the time to see what this means on the ground, and to that end, I will use examples from my own family.

First of all, my mother is 78 years old and requires home support services — specifically 22 interventions per week. Four are in French. People come to her home and prepare meals for her, and my poor mother has said to me: "I have to tell them what I want to eat, but I'm not going to talk till I'm blue in the face to explain. They don't understand a thing I say, and the same goes for me." Result: my mother does not eat properly. What is the effect of that on an elderly person? This is just one example of people being unable to understand each other. Draw your own conclusions.

I have an elderly aunt who is 66 years old and has suffered a stroke. She was having trouble speaking and is now experiencing problems with the speech therapy she is receiving to learn how to talk again. This example is cited in a video we made. That aunt came to my hospital to receive care, and when it came time to give her therapy, it just did not work. They were trying to give her speech therapy in English. In her file they wrote: "Does not respond to treatment." They sent her back home and then a miracle occurred. Her environment was a French-speaking one. In St. Adolphe, Manitoba, some individuals providing home support were able to give services in French, and all of a sudden, her language skills began to improve, without the assistance of experts in the field. The doctors were nonplussed. Draw your own conclusions.

My wife has liver disease. She is receiving treatment in Winnipeg, but they do not perform liver transplants there. They wanted to transfer her to an English-speaking environment, but she refused. Fortunately, she has been referred to Hôpital Saint-Luc in Montreal. I can assure you, since I experienced this myself over the summer, that it was an absolute pleasure to be able to explain our problems in our own language, our own culture. My wife told me there are a lot of things she had not understood, even though she is completely bilingual. She is only 52 years old, so she is young. Now she says: "I'm back in my own environment and I feel well despite my illness." Draw your own conclusions.

The committee I chair jointly with Marcel Nouvet, Assistant Deputy Minister with Health Canada, was established in April of 2000 by the Department of Health to advise it on ways of

canadiens pour les années à venir. Évidemment, je parle de la Commission Romanow et de ce qu'on a maintenant appelé «Kirby», soit le comité sénatorial. Il y a aussi le plan Dion sur les langues officielles qui est attendu sous peu.

Nous nous positionnons en disant que nous serons des deux débats, pas que d'un seul. Nous désirons que la situation des communautés francophones en situation minoritaire soit prise en compte dans les débats et les décisions. Il faut que des mesures concrètes et énergiques soient prises pour corriger la situation qui fait que plus de la moitié des francophones en milieu minoritaire n'ont pas ou très peu accès à des services dans leur langue lorsqu'ils vivent dans des provinces majoritairement anglophones. Ceci est un fait.

Au lieu de parler de théorie, je vais vous parler de cas concrets touchant des services en français. Je pense qu'il vaut la peine de prendre le temps de voir ce que cela veut dire sur le terrain et je prendrai des exemples très près de moi.

D'abord, ma mère a 78 ans et a besoin d'un maintien à domicile, donc 22 interventions par semaine. Quatre sont en français. Des gens viennent lui préparer des repas et ma pauvre maman a dit: «Je suis obligée de leur dire ce que je veux manger, mais je me casserai pas la gueule à leur expliquer. Ils ne comprennent rien puis moi je comprends rien.» Résultat: ma mère mange mal. Qu'est-ce que cela fait à une personne âgée? Il s'agit d'un exemple de gens qui ne peuvent se comprendre. Tirez vos conclusions.

J'ai une vieille tante de 66 ans qui a eu un accident cérébro-vasculaire. Elle a eu des problèmes de parole et elle éprouve des difficultés à être rééduquée pour réapprendre à parler. Cet exemple se retrouve dans un vidéo qu'on a fait. Cette tante est venue à mon hôpital pour se faire soigner et quand est venu le temps de la rééducation, on n'a pas réussi. On était en train de la rééduquer à parler en anglais. On a inscrit au dossier: «Does not respond to treatment.» On l'a renvoyée chez elle et il y a eu un miracle. Son environnement était français. À Saint-Adolphe, au Manitoba, des personnes qui faisaient du maintien à domicile pouvaient lui offrir des services en français et tout à coup, sa situation au niveau du langage s'est mise à s'améliorer et ce, sans l'aide de gens spécialisés dans ce domaine. Les médecins ne comprenaient pas. Tirez vos conclusions.

Mon épouse souffre d'une maladie du foie. Elle est traitée à Winnipeg, mais on n'y fait pas de greffe de foie. On a voulu la transférer dans des milieux anglophones et elle a refusé. Heureusement, elle a été référée à l'Hôpital Saint-Luc à Montréal. Je peux vous dire, pour l'avoir vécu cet été, que cela a été un bonheur de pouvoir expliquer les problèmes dans notre langue, dans notre culture. Mon épouse a dit qu'il y avait bien des affaires qu'elle n'avait pas comprises, alors qu'elle est totalement bilingue. Elle est jeune, elle a 52 ans. Maintenant elle dit: «Je suis dans mon milieu et je suis bien malgré ma maladie.» Tirez vos conclusions.

Le comité que je coprésidé avec Marcel Nouvet, sous-ministre adjoint à Santé Canada, a été créé en avril 2000 par le ministère de la Santé pour l'aviser sur les façons dont son ministère pourrait

maximizing its contribution to the development of minority francophone communities, pursuant to Section 41 of the Official Languages Act. Some people may be wondering what the federal government is doing acting in an area of provincial responsibility.

Our committee immediately wanted to get the provinces involved in our process because we knew we could not carry out this kind of work without involving the provinces. My colleague, Edmond LaBossier, mentioned that some provinces are already making provision for services to be provided in French in their communities. Others have already expressed, in a variety of ways, their interest in implementing such measures, albeit — and there I agree with Mr. Labelle — after ten years of health care system reorganization where francophones were completely ignored. Mr. Labelle made that point when he talked about the Civic Hospital and the Ottawa General Hospital; he told me it would be more accurate to refer to it as a “take-over” than a merger.

I want to emphasize that our approach is based on cooperation with the provinces and territories. Indeed, the provinces and territories have primary responsibility for providing health care services. In addition to community and federal government representatives, our committee also includes representation from three provinces — New Brunswick, Manitoba and Alberta. Curiously enough, we initially had only New Brunswick and Manitoba, but received a request for representation from Alberta. We have received requests from no other provinces or territories to date. Our work convinced us that with the support of the federal government, it would be possible to get a significant number of provinces and territories involved in the action plan that we have now developed.

I would remind you that the issue is that half of the francophones living outside Quebec have little or no access to services in their language. We based our arguments on health- and health care quality-related considerations, rather than on purely constitutional ones. Mr. Chairman, this issue concerns health, and health alone.

When we talk about language in Canada, we often make reference to the official languages question, but this issue goes well beyond the challenge presented by official languages. This challenge is health related. It's something we carry deep within us and that needs to be examined.

I want to come back to the fact that the international literature has shown — these are not our studies but international ones — that the connection between the inability of a user to communicate adequately in his or her language leads to consequences — consequences that I address in my brief about service delivery. I would say that my examples — I have twenty more I could cite — explain these kinds of consequences, which create problems for both the individuals and the health care system.

From our very first meeting, our committee chose to focus on front-line health care services: not on hospitals, but on front-line health care services. I am Chief Executive Officer of a hospital, so I could have made the argument that there is a need to talk about

maximiser sa contribution au développement des communautés francophones en situation minoritaire, conformément à l'article 41 de la Loi sur les langues officielles. On pourrait se demander ce que fait le gouvernement fédéral dans un domaine provincial.

Notre comité a voulu tout de suite associer les provinces à nos démarches parce qu'on savait qu'on ne pouvait pas mener un tel dossier sans impliquer les provinces. Mon collègue Edmond LaBossier a mentionné que quelques provinces prévoient déjà des prestations de services en français pour leur communauté. D'autres ont déjà exprimé de diverses façons des intérêts pour mettre en oeuvre des mesures et cela, j'en conviens avec M. Labelle, après 10 ans de réorganisation du système de santé au Canada où les francophones se sont faits passer sur le dos. Monsieur Labelle l'a invoqué lorsqu'on a parlé de l'Hôpital Civic et de l'Hôpital Général d'Ottawa, il m'a dit de ne pas dire que c'était un groupement, mais bien un «takeover»

Je voudrais souligner que notre approche est basée sur la collaboration avec les territoires et les provinces. Les premiers responsables de la prestation des services de santé ce sont les provinces et les territoires. En plus des représentants communautaires et du gouvernement fédéral, notre comité compte des représentants de trois provinces à savoir du Nouveau-Brunswick, du Manitoba et de l'Alberta. Assez curieusement on avait commencé avec le Nouveau-Brunswick et le Manitoba et on a eu des demandes de l'Alberta. On n'a pas reçu de demandes d'ailleurs à ce jour. Nos travaux nous ont convaincus qu'avec l'appui du gouvernement fédéral il serait possible d'associer un bon nombre de provinces et de territoires au plan d'action que nous avons tracé à l'heure actuelle.

Je vous rappelle la problématique que la moitié des francophones qui vivent à l'extérieur du Québec n'ont pas ou peu accès à des services dans leur langue. Nous avons basé notre argumentation sur des considérations de santé, de qualité de soins plutôt que sur des considérations purement constitutionnelles. Il s'agit, monsieur le président, d'un dossier de santé et de santé pure.

Lorsqu'on parle de la langue au Canada, on fait souvent allusion à la question des langues officielles, mais ce dossier dépasse largement le défi des langues officielles. C'est un défi de santé. C'est quelque chose qu'on a dans la peau et qu'il faut voir.

Je veux revenir sur le fait que la littérature internationale nous a révélé — ce ne sont pas nos études mais bien des études internationales — que le lien entre l'incapacité de communiquer adéquatement dans la langue de l'utilisateur produit des conséquences, conséquences que vous retrouverez dans mon mémoire au sujet des prestations. Je dirais que mes exemples, — j'en ai 20 autres que je pourrais vous donner — expliquent ces conséquences qui créent des problèmes à ces individus et au système de santé.

Dès notre première rencontre, notre comité a choisi de mettre l'accent sur les soins de santé de première ligne: non pas sur les hôpitaux mais bien sur les soins de santé de première ligne. Je suis directeur général d'un hôpital, j'aurais pu souligner qu'il faut

hospitals. I am convinced that primary health care services, family medicine services and front-line services in general have to be the priority, and that is also the view of members of our committee. I believe that the witnesses you heard from yesterday and this morning also made that point. The committee believes that is the best strategy for improving access to services by minority francophone communities. Our views are therefore consistent with those laid out in your report, and I quoted it in my brief.

I would like to draw your attention to some of the main aspects of the approach we are recommending to government — and you have copies of the documents we have prepared. We have identified five levers that should be used. No single lever, taken alone, will be adequate to make progress in this area. Those who think we can score a home run with this issue are mistaken. It is too huge for anyone to believe that a single lever will allow us to be victorious all along the line. Following discussion, we also concluded that our five levers should be in the three areas we will be working on over the course of the next few months, because the decisions will be made during that period.

First, development of a network — what we have termed “networking.” A lot of people have trouble understanding this. However, networking should make it possible to consult and spur the community to action, and to plan and develop health care services in French.

Second, roll-out of training activities. If we want an action plan that provides for more services, it is clear that if there are no physicians or nurses — and I completely agree with Mr. Labelle on that point — we will not get very far.

Third, we must have a service organization and infrastructure model for delivering services in French that francophones can relate to. Both the committee and our partners have done this work, and that work has prompted us to make a connection between research and training. In our brief, we make reference to trainer-related research. Research is an integral part of training for those of us who work in this sector.

As you probably know, the technology issue is very current. We are not talking only about computers on desks. Current technologies allows us to interact with each other. We believe telephone lines should be set up for francophones requiring services. I'm talking about a 1-800 line. That is a technological tool. When we talk about technologies, we are referring to these kinds of technologies, and innovations such as telemedicine, which didn't exist 25 years ago. Recent technologies can be used to improve access to services in the health care sector. That has been the single focus of all of our work.

The Honourable Stéphane Dion recently announced, on behalf of the Minister of Health, Mrs. McLellan, initial transitional funding of \$1.9 million. Mr. Chairman, as I have already said, \$1.9 million is not the be-all-and-end-all solution to this issue; it is

parler des hôpitaux. Non. Je suis convaincu que les services de soins de santé primaires et des services de médecine de famille, les services de première ligne devaient être la priorité et c'est aussi l'avis des membres de notre comité. Je crois que les témoins que vous avez rencontrés hier et ce matin vous l'ont aussi mentionné. Le comité est d'avis que c'était le meilleur moyen et la meilleure stratégie pour améliorer l'accès aux francophones vivant en situation minoritaire. On rejoint les convictions que votre rapport a évoquées et je l'ai cité dans mon mémoire.

Je voudrais attirer votre attention sur quelques uns des principaux aspects de l'approche recommandée au gouvernement et vous avez en main nos documents. On a identifié cinq leviers par lesquels nous devons passer. Il n'y a pas un levier, pris à part, qui va faire avancer ce dossier. Ceux qui pensent qu'il y a un «homerun» à faire avec ce dossier, se trompent. Il est trop énorme pour penser qu'un seul levier va tout gagner. Après discussion, on a aussi pensé que nos cinq leviers devraient se retrouver dans trois domaines sur lesquels on va travailler au cours des prochains mois parce que les décisions se prendront durant cette période.

Premièrement, le développement d'un réseau que l'on a appelé le réseautage. Beaucoup de gens ont de la difficulté à le comprendre. Toutefois, le réseautage devrait permettre d'animer et de concerter le milieu, de planifier et de développer des services de santé en français.

Deuxièmement, le déploiement d'activités de formation. Si l'on veut avoir un plan d'action avec plus de services, c'est très clair que si on n'a pas de médecins et pas d'infirmières — et je suis tout à fait d'accord avec M. Labelle là-dessus — on n'ira pas bien loin.

Troisièmement, nous devons avoir un modèle d'organisation de services, d'infrastructure pour la prestation des services de santé en français où les francophones se reconnaissent. Les démarches ont été menées tant par le comité que par nos partenaires et ces démarches nous ont amenés à lier la recherche et la formation. Dans notre mémoire on parle de recherche associée aux formateurs. La recherche est une partie intégrale de la formation pour ceux d'entre nous qui travaillons dans ces milieux.

Comme vous le savez probablement, la question des technologies est très courante. Ce ne sont pas que les ordinateurs sur la table. Les moyens techniques d'aujourd'hui nous permettent d'interagir les uns avec les autres. D'après nous, une ligne téléphonique pour des francophones qui ont besoin de services devrait être mise sur pied. Je parle ici d'une ligne 800. C'est un outil technologique. Lorsqu'on parle des technologies, on parle de technologie comme celle-là et des technologies de télémédecine qui n'existaient pas il y a 25 ans. Les technologies récentes peuvent être exploitées pour améliorer l'accès aux services dans le domaine de la santé. C'est le seul «focus» que nous avons retenu de tous nos travaux.

L'honorable Stéphane Dion a récemment annoncé, au nom du ministre de la Santé, Mme McLellan, un premier investissement transitoire de 1,9 millions de dollars. Monsieur le président, je vous l'ai dit: 1,9 millions de dollars ce n'est pas la solution au

a small chunk of money to help us make the transition between now and implementation of the plan we're expecting from government in the next few months.

Let me come back to the question of networking, which is the cornerstone of the strategy we are proposing. The idea is to establish partners' forums in each province that include health care professionals, community organizations, service facilities, training institutions and policy and decision-makers, and to sit them all down at the same table to draft plans, clearly identify needs, develop strategies and then implement them.

As director of a hospital, I have occasion to engage in discussions with members of English-speaking hospitals. My francophone doctors are members of the English-speaking associations. My 150 francophone nurses at the hospital tell us they never have an opportunity to get together and talk among themselves. The unions are English-speaking, as are the professional associations. Not being able to speak one's mother tongue leads to isolation. For these associations, services in French are not high on their agenda. In order to break down that isolation, we have to bring all the stakeholders together. Concrete examples show that bringing people together to prepare an action plan, for example, results in renewed energy. If there is no dialogue or consultation and no action plan, no matter how many people we train, our efforts will lead us nowhere! Networking goes hand in hand with one of the three basic realities you identify in your own documents.

It is important that that be said. You say there is a need to find mechanisms that will encourage all the parties — health care providers, facilities, governments and patients — to provide, manage or use health care services more efficiently. That is what networking is all about. We can show the way, and, when we bring the partners to the table in small groups, we realize that it does work.

People looking at this say to themselves that this could well be a solution. So, let's do more of that — not through structures that are superbureaucratic, but rather ones where you rely on people of action, such as Suzanne Nicolas, Élise Arsenault and other people working in our health care network.

The second lever has to do with training of personnel, and as your report points out, human resources — and we all know this — is one of the areas of the health care system where we can legitimately talk about a crisis. The situation is made worse by the fact that for 20 years, francophones paid so much attention to education that they forgot to train health care professionals. There is a tremendous amount of catch-up to do now, and I agree that as our communities shrink in size, it will be even more of a challenge to find francophone applicants.

St. Boniface College introduced a nursing program last year. The objective set was a total of 20 enrolments, and ultimately there were 18. This year — the second year of the program — the objective was 20 enrollments, and there were 33. If courses are offered and they're funded, we will achieve results.

dossier, c'est un petit morceau pour nous aider à faire un pont avec le plan qu'on attend du gouvernement au cours des prochains mois.

Je reviens au réseautage qui est à la base de la stratégie que nous proposons. Il s'agit de créer dans chaque province des forum de partenaires qui incluent les professionnels de la santé, les organismes communautaires, les établissements de services, les institutions de formation et les décideurs politique, et de les réunir à une même table pour établir des plans, pour bien connaître les besoins, élaborer des stratégies et faire de la mise en oeuvre.

Comme directeur d'un hôpital je discute avec des membres des hôpitaux anglophones. Mes docteurs francophones font partie des associations anglophones. Mes 150 infirmières francophones de l'hôpital nous disent qu'elles ne peuvent jamais se parler entre elles. On parle ici de syndicats anglophones et d'associations professionnelles anglophones. Ne pas être capable de parler sa langue maternelle amène un isolement. Le sujet des services en français dans ces associations n'est pas haut sur l'agenda. Pour sortir de notre isolement il faut réunir tous les intervenants. Des exemples concrets démontrent que de réunir les gens pour dresser un plan d'action, par exemple, entraîne un regain d'énergie. Si on n'a pas de concertation et pas de plan d'action, on a beau former du monde, on s'en va chez le diable avec cela! Le réseautage s'inscrit parfaitement dans l'une des trois réalités fondamentales énoncées dans vos propres documents.

C'est important de le dire. Vous dites qu'il faut trouver des mécanismes qui encourageraient toutes les parties concernées, fournisseurs de soins, établissements, gouvernements et patients à dispenser, gérer ou utiliser plus efficacement les services de santé. C'est le réseautage. On peut montrer le chemin et, en réunissant les partenaires autour de la table en petits groupes, on constate que cela est fructueux.

La population regarde cela et se dit que cela pourrait être une solution. Qu'on en fasse un peu plus, non dans les structures ultrabureaucratiques, mais dans les structures où agissent des gens d'action comme Suzanne Nicolas, Élise Arsenault et d'autres personnes qui travaillent dans notre réseau de santé.

Le deuxième levier concerne la formation du personnel et, comme votre rapport le souligne, les ressources humaines — on le sait bien — dans les domaines des services de soins de santé représentent l'un des secteurs où l'on peut légitimement parler de crise. Cela est empiré par le fait que les francophones se sont tellement occupés de l'éducation qu'ils ont oublié de former des gens dans le domaine de la santé pendant 20 ans. Il ya un énorme rattrapage à faire et je suis d'accord qu'avec le rétrécissement de nos communautés, le défi de trouver des postulants francophones sera encore plus important.

Le Collège Saint-Boniface a commencé à dispenser un cours en soins infirmiers l'an dernier. Son objectif était d'obtenir un total de 20 inscriptions, il en a obtenu 18. Cette année, pour la deuxième année, l'objectif était de 20 inscriptions et il y en a eu 33. S'il y a une offre et qu'on la finance, on obtiendra des résultats.

Human resources are the primary focus of our strategy. We believe that it is possible, as part of a national effort, to respond both to the shortage of health care professionals and the needs of francophones. We have forcefully told the federal government: "Our francophone professionals will, of course, provide care not only to francophones but to anglophones as well." We kill two birds with one stone.

People have told you about the consortium, which essentially is a partnership between colleges and universities that want to tackle this problem head on. The consortium is a new element of the approach we are suggesting, and has resulted in close cooperation with training institutions with a view to defining and implementing common strategies and avoiding duplication.

Also, we are seeing that close cooperation is developing with other health care partners, such as facilities, communities and political decision-makers. These universities and colleges are agreeing to accept the challenge of identifying their needs and priorities. That is resulting in our building a solid case which is supported by the population. Young francophones will want to receive their training in the health sciences in French if they see that it will be possible for them to work in French in that sector.

I had to go on site to convince nurses to register at St. Boniface by telling them that I had work for them and that I was making a commitment to them. That is very important. If we give them opportunities and environments in which to practice their profession for the benefit of their community, they will need settings in which to complete their apprenticeship. Even Ottawa, with l'Hôpital Montfort, is seeking other good training and apprenticeship environments all across Canada, because available resources are inadequate. That is an important aspect. You don't only learn things in school. In the health care sector, practical training in an actual facility is a necessity, and if that is not available, we will also be neglecting part of the equation.

That being the case, environments where health care can be delivered in French are urgently needed. We're not talking about creating hospitals. I am not a hospital administrator. I am part of the university hospital network, and I am not afraid to say so. We have to emphasize primary health if we want to create settings in which care can be provided in French. We need to organize and reorganize those health care settings, possibly by targeting small communities first, so that people feel at home. However, there is no doubt that health care delivery must move in that direction. The big problem in Canada, as you state in your report, is that if we do not reorganize medicine and basic services, we will not resolve much.

I would like to draw your attention to a central feature of the approach we have developed — the active offer of services. It simply is not enough to greet callers as follows:

[English]

Bonjour, this is the Ottawa General Hospital or the St. Boniface General Hospital. How may I direct your call?

Les ressources humaines sont au centre de la stratégie. Nous croyons qu'il est possible, à l'intérieur d'un effort national, de répondre à la pénurie des professionnels de la santé et aux besoins des francophones. Nous avons insisté pour dire au gouvernement fédéral: «Bien sûr que nos professionnels francophones soigneront les francophones, mais les anglophones aussi». On fait d'une pierre deux coups.

Des gens vous ont parlé du consortium, qui, dans le fond, est un partenariat entre des universités et des collèges qui veulent attaquer ce problème de front. Le consortium représente un élément novateur de l'approche que nous proposons et a instauré une collaboration étroite avec les institutions de formation pour définir et mettre en oeuvre des stratégies communes et éviter les doublons.

De plus, on constate une collaboration étroite avec les autres partenaires de la santé que sont les établissements, les communautés et les décideurs politiques. Ces universités et collèges acceptent de se faire prendre au défi pour identifier leurs besoins et leurs priorités. Cela résulte en un dossier solide appuyé par la population. Les jeunes francophones voudront recevoir une formation en français dans le secteur des sciences de la santé s'ils voient qu'il leur sera possible de travailler en français dans ce domaine.

J'ai dû aller sur place, convaincre les infirmières de s'inscrire à Saint-Boniface en leur disant que j'avais du travail pour elles et j'ai dû m'engager auprès d'elles. Cet aspect est important. Si on leur fournit des occasions et des milieux pour exercer leur profession au bénéfice de leur communauté, ils auront aussi besoin de milieux pour compléter leur apprentissage. Même Ottawa, avec l'Hôpital Montfort, cherche à la grandeur du pays d'autres milieux d'apprentissage parce que les ressources sont insuffisantes. C'est aussi un aspect important. On n'apprend pas que sur les bancs d'écoles. Dans le secteur des soins de santé, il faut des lieux pratiques et si on ne les a pas, on oublie aussi une partie de la réalité.

Dans cette optique, il est urgent de créer des milieux de prestation de soins de santé en français. Il ne s'agit pas de créer des hôpitaux. Je suis un gestionnaire d'hôpitaux. Je fais partie des hôpitaux universitaires et je le dis. Nous devons mettre l'accent sur la santé primaire si nous voulons créer des milieux de prestation de soins en français. Il faut organiser et réorganiser des milieux, peut-être en visant des petites communautés pour que les gens se sentent chez eux. Les soins de santé doivent prendre cette direction, c'est indéniable. Le gros problème au Canada, vous l'avez mentionné dans votre rapport, est que si on ne réorganise pas la médecine et les services de base, on ne va pas régler grand-chose.

J'aimerais attirer votre attention sur un concept central de l'approche que nous avons élaborée, l'offre active. Il ne suffit pas de répondre au téléphone en disant:

[Traduction]

Bonjour, this is the Ottawa General Hospital or the St. Boniface General Hospital. How may I direct your call?

[Translation]

... for people to feel that they can request services in French and receive them. What we need to do now is create places or centres where francophones, when they come through the door — whether physical or virtual — will feel that life unfolds in French and that they will not be bothering people if they ask for services in their language. When someone is ill, and therefore vulnerable, we should not be asking him to fight to receive services in French. People don't even have the energy to do it with Air Canada when they end up in the wrong line, so why should they have to do it at the emergency?

My mother has had to go to the emergency at my hospital several times over the last two years. When I told her I was going to find services for her in French, her answer was: "Hubert, don't make problems for me here." There simply is no active offer. When I find services for her in French, she is happy about it, but when she is ill, she has no desire to wage that battle. When there is no proactive offer of services because it simply isn't available, then it's just not going to happen. When we talk about the majority, that says:

[English]

Services are offered and advertised, but this is not good enough.

[Translation]

Yet the Évangéline Community Centre, francophone health centres in Ontario and the St. Boniface Health Care Centre clearly demonstrate that when services are offered in their language, francophones use them to such an extent that the institutions themselves find their waiting lists becoming impossibly long. We have to broaden our platform. When the offer of services is there, it is clear, people talk about it and it has a ripple effect.

That active offer of services, even with a small number, can be structured and tied into education, early childhood education and the work of other community organizations. We should be looking at what francophone and Acadian communities are doing across the country for innovative examples such as those, and the majority should use them as a template.

It is important and urgent to put responsive services in place based on the needs and means of each of the communities. We have never said that clinics should be set up in Saskatchewan all across the province. People are more realistic than one may think. My wife is originally from Saskatchewan, and when we go back there, we are struck by the fact that everything has come apart, become shrunken, the institutional bases are simply non-existent. We have to find other ways to provide health care services in their own language to those people who deem this to be important. We're not talking about having hospitals all over the place; we're talking about front-line services. Our paper includes an appendix showing a gradation of the type of services that can be offered, depending on whether it is a very spread-out community, or a geographically concentrated one in North-Eastern New Brunswick. We are talking here about multi disciplinary teams,

[Français]

Pour que les gens sentent qu'ils peuvent demander des services en français et les obtenir. Il faut créer des lieux où les francophones, lorsqu'ils en franchiront les portes, physiques ou virtuelles, sentiront que c'est en français que cela se passe et qu'ils ne dérangeront pas s'ils demandent des services dans leur langue. Quand quelqu'un est malade, donc vulnérable, il ne faut pas lui demander de se battre pour obtenir des services en français. On n'a même pas le goût de le faire à Air Canada quand on est dans la mauvaise file d'attente, alors va-t-on le demander à l'urgence?

Ma mère a dû se présenter à l'urgence de mon hôpital à plusieurs reprises au cours des deux dernières années. Quand je lui ai dit que j'allais lui trouver des services en français, elle m'a répondu: «Hubert, ne me crée pas de problèmes ici.» L'offre active n'est pas là. Je lui trouve des services en français et elle est contente, mais lorsqu'elle est malade, elle n'a pas à envie de mener cette bataille. Lorsqu'on ne peut pas avoir l'offre proactive et qu'elle n'est pas disponible, elle n'aura pas lieu. Lorsqu'on parle de la majorité qui dit:

[Traduction]

Les services sont offerts et la population en est informée, mais cela ne suffit pas.

[Français]

Le Centre communautaire Évangéline, les centres de santé francophones en Ontario et le Centre de santé de Saint-Boniface démontrent clairement que lorsqu'il y a une offre de services dans leur langue, les francophones les utilisent à tel point que les institutions voient leurs listes d'attente prendre des proportions épouvantables. Nous devons agrandir notre plate-forme. Lorsque l'offre est là, elle est claire, les gens en parlent et cela fait boule de neige.

Cette offre active, même avec un petit nombre, on peut l'organiser et la jumeler avec l'éducation, la petite enfance et d'autres organismes communautaires. Il faut regarder du côté des communautés francophones et acadienne à travers le pays pour trouver des exemples novateurs comme ceux-là et la majorité devrait s'en servir comme modèle.

Il est important et urgent de mettre en place des services adaptés aux besoins et aux possibilités de chacune des communautés. On n'a jamais dit qu'il fallait créer des cliniques en Saskatchewan à la grandeur de la province. Les gens sont plus réalistes que l'on croit. Mon épouse est originaire de la Saskatchewan et lorsque nous retournons chez elle, tout est éclaté, rapetissé, les bases institutionnelles sont inexistantes. Il faut trouver d'autres moyens pour ceux pour qui il est important de pouvoir obtenir des services de santé dans leur langue. On ne parle pas d'hôpitaux partout, on parle de services de première ligne. Il y a dans nos documents une annexe qui indique la gradation du genre de service qui peut être offert de la communauté la plus éclatée à la communauté la plus serrée au nord-est du Nouveau-Brunswick. Nous parlons d'équipes multidisciplinaires, d'équipes volantes et de professionnels qui

about floating staff or flying squads and professionals who can practice on their own, but with assistance from other professionals, in the form of telemedicine or health services phone lines.

The means are varied and can be tailored to needs. We now have access to opportunities that did not exist previously, all of which require close cooperation with partners. Without that cooperation, we will not move forward. In order to consolidate that dialogue and cooperation, we are preparing a convention to found a national network of French-language health care services that reflects local realities. These are local units that will form a federation at the national level and will be meeting next November with partners from every region of the country, care facilities and health care professionals. Whether people like it or not, this is a necessary step.

Since April of 2000, the advisory committee has produced the report that you now have and which sets out a plan of action. We believe our committee has fulfilled its mandate. There has not been as comprehensive a report on health care. There have been ad hoc reports. We took inspiration from them and they are the basis for the other important study conducted prior to our report.

Our plan of action is not the work of only a committee of 15 or 20 people. We had it validated by about 250 people at a forum in Moncton in November of 2001. It received unanimous support. This was a forum on health with people who work in the health care system, nurses, physicians, representatives of health care institutions, government officials — even Edmond was there.

Mr. Chairman, we brought together key stakeholders with a view to implementing this plan. The communities have rallied and have started to take action. This was urgently needed. People are making progress, despite the fact that they are not receiving a lot of support. Yes, St. Boniface College offers training programs for nurses, but it didn't wait to receive the necessary funding. It now wants to enhance that program, so let's give it the assistance it requires.

Yesterday and this morning, you heard from people working in different regions of the country who are trying to improve the situation — in many cases with a great deal of commitment and only limited means. The provinces have expressed their desire to follow suit. In my view, the federal government has to play its rightful role. It cannot replace the provinces, but it does have an important role to play in terms of providing support and showing leadership. Its intervention should not be half-hearted, but aggressive and substantial. Half-measures, at this stage of the game, and in light of the current situation, simply won't be enough. We are no longer groping in the dark. That's the beauty of this. A new course has been clearly charted, with the approval and cooperation of the communities and all our partners.

We believe that your committee and the report it will soon release — if I could just digress for one moment to say that you probably know that decisions will be made over the next few months — will emphasize the fact that there is an urgent need for

peuvent pratiquer en solo mais avec des interactions avec d'autres professionnels sous forme de télémédecine ou de lignes téléphoniques.

Les moyens sont variés et peuvent être adaptés. Nous avons des moyens à notre portée qui n'existaient pas auparavant, le tout à l'enseigne de la concertation avec des partenaires. Sans cette concertation, on n'avance pas. Afin de bien consolider cette concertation, nous préparons un congrès de fondations du réseau national Santé en français fondé sur les réalités locales. Ce sont les unités locales qui vont se fédérer à l'échelle nationale et qui se réuniront en novembre prochain avec des partenaires provenant de tous les coins du pays, les établissements et les professionnels de la santé. Bon gré mal gré, c'est nécessaire.

Depuis avril 2000, le comité consultatif a produit le rapport que vous avez entre les mains et qui a tracé un plan d'action. Nous croyons que notre comité a rempli son mandat. Il n'y a pas eu de rapport aussi complet sur la santé. Il y a eu des rapports ad hoc. Nous nous en sommes inspirés et ils ont été à l'origine de l'autre importante étude qui a été préparée avant notre rapport.

Notre plan d'action, ce n'est pas seulement un comité de 15 ou 20 personnes. Nous l'avons fait valider par à peu près 250 personnes lors d'un forum à Moncton en novembre 2001. Il a reçu un appui unanime. C'était un forum sur la santé avec des personnes travaillant dans le réseau de la santé, des infirmières, des médecins, des représentants d'établissements, des fonctionnaires, même Edmond était là.

Nous avons réuni, monsieur le président, les acteurs clés pour mettre ce plan en oeuvre. Les communautés se sont mobilisées et sont vraiment passées à l'action. Cela ne pouvait pas attendre. Les gens avancent malgré le fait qu'ils n'obtiennent pas beaucoup d'appui. Oui, le Collège Saint-Boniface offre des cours de formation pour les infirmières, il n'a pas attendu de recevoir des fonds. Il veut bonifier ce programme, donnons-lui le coup de main nécessaire.

Hier et ce matin, vous avez entendu des personnes qui travaillent dans différents coins du pays et tentent d'améliorer la situation, dans tous les cas avec beaucoup d'engagement et certains moyens de fortune. Les provinces ont exprimé leur volonté d'emboîter le pas. À mon avis, il faut que le gouvernement fédéral joue son rôle. Il ne peut pas remplacer les provinces mais il a un rôle important d'appui et de leadership à jouer. Son intervention ne doit pas être molle mais énergique et substantielle. Les demi-mesures, à ce stade-ci du jeu, compte tenu de la situation, ne suffiront pas. Nous ne sommes dans le noir. C'est la beauté de tout cela. Le chemin a été tracé clairement, avec l'approbation et la collaboration des communautés et de tous les partenaires.

Nous espérons que votre comité, et le rapport qu'il fera paraître sous peu, — permettez-moi de faire une petite parenthèse en vous disant que vous savez sans doute que des décisions se prendront au cours des prochains mois — souligneront qu'il y a

action so that we can move forward in this area and improve access to services in French in every region of the country.

We have to include francophones in efforts to reform the health care system. We firmly believe that not only will these efforts help to enhance the quality of health care services provided to francophones and minority francophone communities, but also contribute, by being innovative, to health care reform all across Canada.

Help me to ensure that my mother has better access to home health care.

The Acting Chairman: I would like to recognize Senator Keon first, because he has to leave soon.

[English]

Senator Keon: Mr. Gauthier, your presentation was very clear, so I do not need to revisit it. You mentioned technology links in particular, which have also been mentioned by other witnesses.

I believe we will eventually move to an electronic health record for every Canadian. I do not know how soon. It would be interesting to know where you think an electronic health record would fit in the system that you just described. For example, at St. Boniface Hospital, if a French language electronic medical record on the patient were to come out of the network of francophone community clinics, translation of the language itself would not be very complex. Translation of some of the technical data would be more difficult, I suppose. I should like to hear from you in this regard.

[Translation]

Mr. Gauthier: I'm very pleased that you asked me that question. I would like to touch on two specific points in my answer. I cannot help putting on my hospital CEO hat. To begin with, we will have to create a real electronic health record for patients. In my hospital, I am having problems obtaining core funding. Having said that, however, our goal over the next two years is to obtain funding for just this kind of project.

We believe it is both possible and necessary for there to be a single patient health record, whether it be in the community, at the doctor's office, a community organization or ultimately my hospital. That will save the patient having to run around in circles every time. My hospital has reached an agreement with a certain number of francophone doctors' offices. We are trying to develop a project together, because we believe that it could be used as a model.

According to what the experts have told me, translation technology is not a problem; it is certainly much less of a problem than is access to information and issues associated with privacy, et cetera. Computer people tell me that if we decide to do this, in terms of the technology — just as for 1-800 phone lines — the software and the programs will be translated, which means that we could have a screen with French on one side and English on

donc une certaine urgence à agir pour que le dossier puisse avancer et pour améliorer l'accès aux services en français dans toutes les régions du pays.

Il faut inscrire les francophones dans la réforme des soins de santé. Nous sommes convaincus que non seulement ces efforts peuvent améliorer la qualité des services de santé offerts aux francophones et aux communautés francophones en situation minoritaire mais qu'ils peuvent aussi contribuer, grâce à leur aspect novateur, à la réforme des soins de santé dans tout le pays.

Aidez-moi à faire en sorte que ma mère obtienne un meilleur accès à des services de soins de santé à domicile.

Le président suppléant: Je vais d'abord donner la parole au sénateur Keon, qui doit bientôt partir.

[Traduction]

Le sénateur Keon: Monsieur Gauthier, comme votre exposé était très clair, je n'ai pas besoin de revenir là-dessus. Vous avez parlé notamment des liens avec la technologie, qui ont d'ailleurs été mentionnés par d'autres témoins.

À mon avis, nous aurons un de ces jours un dossier médical électronique pour chaque Canadien. Mais je ne sais pas dans combien de temps. Ce serait intéressant de savoir ce qui serait, selon vous, le rôle du dossier médical électronique dans le genre de réseau que vous venez de décrire. Par exemple, à l'Hôpital Saint-Boniface, si les dossiers médicaux électroniques des patients du réseau de cliniques communautaires francophones étaient en français, je suppose que ce ne serait pas trop difficile de faire traduire les mots. J'imagine que ce sont les données techniques qui seraient plus difficiles à traduire. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

[Français]

M. Gauthier: Je suis heureux que vous posiez la question. Justement, je vais répondre sous deux angles. Je ne peux pas m'empêcher d'être un peu le directeur général de l'hôpital. Nous allons devoir, pour commencer, établir un vrai dossier électronique pour le patient. Dans mon hôpital, j'ai de la difficulté à obtenir du financement à la base. Cela dit, notre objectif, au cours des deux prochaines années, est d'obtenir un financement pour ce genre de projet.

Nous sommes convaincus qu'il est possible et nécessaire que le dossier du patient, de la communauté, de son cabinet de médecin à son organisme communautaire, ultimement à mon hôpital, puisse constituer un dossier unique. Cela évitera au patient de faire des pirouettes à chaque fois. Mon hôpital a conclu une entente avec un certain nombre de cabinets de médecins francophones. Nous essayons d'élaborer un projet ensemble parce que nous pensons qu'il pourrait servir de modèle.

La technologie de la traduction, d'après ce que me disent les spécialistes, n'est pas un problème, c'est un moins grand problème que celui de l'accès à l'information, les problèmes de droit à la vie privée et toutes ces questions. Les gens de l'informatique me disent que si on s'y met, du point de vue technologique — comme les lignes téléphoniques 1-800 — les logiciels seront traduits et les programmes aussi ce qui signifie que l'on pourrait avoir sur un

the other at all times; that would help health care professionals use the appropriate terms, which can sometimes be difficult to translate. So, that is feasible.

Of course, there could be significant translation costs attached to that, but these are not insurmountable obstacles. A francophone patient health record could easily move around. We are already experiencing difficulties, because at the St. Boniface Health Care Centre, the patient records are written in French. In my hospital, we have been asked whether all the records should be written up in French. But there are tremendous concerns in that area.

My answer was:

[English]

No one said you would all have to be bilingual.

[Translation]

I have 4,000 employees. Ten per cent of them are bilingual. I am sure you understand that a whole group of them are quite concerned. But no one has told them they should all be bilingual.

We have provincial budgets for translation. Our computer people tell me that this would not be a problem, and that it would be easier to mechanize the process.

I am in favour of a single patient health record, that would not be only the hospital record. My clients consider it an awful thing to have to provide the same background information over and over at their doctor's office, the medical clinic, the social services centres and at the hospital, sometimes on three different floors. So, Dr. Keon, I am very much in favour of an electronic patient record.

Our basic systems don't usually allow us to make those kinds of changes. We would therefore have to modify our basic system. I imagine people in Ottawa don't even know that we do not possess the basic technology that would allow us to create such systems. In terms of transferring patient records in Manitoba, we have some pilot projects underway, and we are trying to achieve a cost effective record. We'll see what happens. Did I answer your question?

[English]

Senator Keon: Do you think in Ontario that we can get back to having some French hospitals in addition to the Montfort Hospital, for example, in the Sudbury region?

[Translation]

Mr. Labelle: I don't think that's going to happen. The integrated health care structure implemented five years ago will remain in place. Only the Liberal government could make changes, and I don't think it will. If we remove French-speaking hospitals from the merged system, we will have to do the same for Catholic hospitals. That will lead to problems.

écran le côté francophone et anglophone en même temps, ce qui aiderait les professionnels de la santé à utiliser des mots pour lesquels la traduction est parfois difficile. Cela est donc faisable.

Évidemment, il pourrait y avoir des coûts de traduction importants mais ce ne sont pas des murs infranchissables. Le dossier francophone peut facilement transiter. On éprouve déjà ces difficultés parce qu'au centre de santé de Saint-Boniface, les dossiers sont rédigés en français. Dans mon hôpital, on a demandé s'il faudrait rédiger tous les dossiers en français. Il y a une crainte terrible à cet égard.

J'ai répondu:

[Traduction]

Personne n'a jamais dit que vous seriez tous obligés d'être bilingues.

[Français]

J'ai 4 000 employés. Dix pour cent d'entre eux sont bilingues. Vous comprendrez que tout un groupe est inquiet. Personne ne leur a dit qu'ils devraient tous être bilingues.

Nous avons des budgets provinciaux pour la traduction. Les gens de l'informatique me disent que cela ne serait pas un problème et que le processus serait plus facile à mécaniser.

Je suis un tenant du dossier unique pour le patient, qui ne serait pas seulement le dossier de l'hôpital. Mes clients trouvent terrible d'être obligés de recommencer à raconter leur histoire chez le médecin, à la clinique médicale, aux centres de services sociaux et à l'hôpital, parfois à trois étages différents. Je suis tout à fait en faveur, docteur Keon, du dossier électronique pour le patient.

Nos systèmes de base ne permettent pas souvent de changer cela. Il faut donc modifier notre système de base. Je crois que les gens, à Ottawa, ne savent même pas que nous ne disposons même pas de la technologie à la base pour créer ces systèmes. En ce qui concerne le transit de dossier au Manitoba, on a des projets-pilotes et on essaie mener à bien un dossier économique. On verra ce qui arrivera. Ai-je répondu à votre question?

[Traduction]

Le sénateur Keon: À votre avis, serait-il possible en Ontario d'avoir à nouveau des hôpitaux francophones, en plus de l'Hôpital Montfort — par exemple, dans la région de Sudbury?

[Français]

M. Labelle: Je ne pense pas que cela va se réaliser. La fusion des soins de santé qui a été réalisée il y a 5 ans va rester. Il n'y a que le gouvernement libéral qui pourrait changer les choses et je ne pense pas qu'il va le faire. Si on défusionne les hôpitaux francophones, il faudra aussi défusionner les hôpitaux catholiques. Cela va créer des problèmes.

There is no demand for this, and francophones are not complaining. A merger has occurred and they couldn't care less. When they go to the General Hospital, things are really no different. The only thing that has changed is that francophones no longer play a political role in health care service delivery in Ontario. Before, we were accomplishing something. Francophones were proud to manage the hospital and achieve even greater success at it than most of the other hospitals in the province. That is a role that we were unable to appreciate. People see things differently.

We always said that services needed to be maintained at the General Hospital. But with the merger, it was decided that some services would be provided at the Civic Hospital, and others, at the General Hospital. Now they want to make the entire hospital system bilingual. At the General Hospital, 75 per cent of staff members were bilingual. But if that staff is split equally between the Civic Hospital and the General Hospital, that means that 35 per cent of the staff will be bilingual in one location, and 35 per cent in the other. Francophones will lose their critical mass. That critical mass will diminish and francophones will become a minority. That is what would happen if the entire system were to become bilingual. The savings achieved through the merger are so significant that no one will ever dare dismantle it.

[English]

Senator Keon: What about the community clinics? Do you believe in having a network of francophone community clinics?

[Translation]

Mr. Labelle: Where numbers warrant, yes, certainly. Unless it's possible to have a clinic servicing 95 per cent of the francophone population, we will end up with a clinic that serves half of the francophone population and half of the anglophone population. It can be difficult for a clinic to operate in English with certain patients. People can communicate in English or French, but the health records of francophone patients are in French, and vice versa. Within a single clinic, that would complicate matters for me as an administrator, and probably as a physician as well. Where there is a high percentage of anglophones in a specific program, the patient records end up being written in English.

I should point out, however, that at the General Hospital, that had the largest francophone patient population outside of Quebec, everything was done in English, although the patients could speak to their nurse, social worker or psychologist in French. If they wanted a report, we would offer to have the report translated for them. However, all the records were in English because of transfers and exchanges between multiple hospitals.

[English]

Senator Keon: If a francophone community clinic were built here, where you used to walk when you were young, how heavily would it be utilized?

Il n'y a pas de demandes, et les francophones ne se plaignent pas. Il y a une fusion et ils s'en fichent comme de l'an 40. Quand ils se présentent à l'Hôpital Général, les choses n'ont pas vraiment changé. La seule chose qui a changé, c'est que les francophones ne jouent plus de rôle politique dans la prestation des services de santé en Ontario. Nous accomplissions quelque chose. Les francophones étaient fiers de gérer l'hôpital et de le faire mieux que la plupart des autres hôpitaux de la province. C'est un rôle que nous n'avons pas pu apprécier. La population le voit différemment.

Ce qui se produit, c'est qu'on a toujours dit qu'il fallait que les services soient maintenus à l'Hôpital Général. Avec la fusion, on a décidé que certains services allaient être offerts à l'Hôpital Civic, et d'autres à l'Hôpital Général. On veut maintenant rendre bilingue l'ensemble du réseau. À l'Hôpital Général, 75 p. 100 du personnel était bilingue. Si on divise ce personnel entre le l'Hôpital Civic et l'Hôpital Général, il y aura 35 p. 100 du personnel bilingue dans un endroit et 35 p. 100 dans l'autre. Les francophones perdront leur rôle de masse critique. La masse critique diminuera et les francophones deviendront minoritaires. C'est ce qui arriverait si l'ensemble du service devenait bilingue. Les économies réalisées par la fusion sont tellement imposantes qu'on n'osera jamais démanteler la fusion.

[Traduction]

Le sénateur Keon: Et qu'en est-il des cliniques communautaires? À votre avis, est-ce une bonne idée d'avoir un réseau de cliniques communautaires de langue française?

[Français]

M. Labelle: Là où le nombre le justifie, aucun problème. À moins qu'il soit possible d'avoir une clinique qui dessert à 95 p. 100 des francophones, on finit par avoir une clinique qui dessert à moitié la population francophone et à moitié la population anglophone. Cela devient difficile pour une clinique de fonctionner en anglais pour certains malades. Les gens peuvent communiquer en anglais ou en français, mais les dossiers des patients francophones sont en français et vice-versa. Dans la même clinique, cela me compliquerait la vie comme administrateur et probablement aussi comme médecin. Lorsqu'il y a un pourcentage élevé d'anglophones dans un certain programme, on finit par rédiger les dossiers en anglais.

Remarquez qu'à l'Hôpital Général, qui desservait la plus importante population francophone hors Québec, tout se faisait en anglais, mais les malades, lorsqu'ils parlaient à leur infirmière, travailleur social ou psychologue, pouvaient parler en français. S'ils voulaient un rapport, on leur offrait la possibilité de faire traduire le rapport pour eux. Cependant, tous les dossiers étaient en anglais à cause des échanges entre les multiples hôpitaux.

[Traduction]

Le sénateur Keon: Si l'on établissait une clinique communautaire francophone dans le quartier où vous vous promeniez quand vous étiez jeune, dans quelle mesure serait-elle utilisée?

[Translation]

Mr. Labelle: If I live in Kanata and require services, I am not prepared to drive all the way into downtown Ottawa to obtain them. Perhaps my father or mother would be, but my brother or myself will not want to; we will want to access services as quickly as possible, just as an anglophone would want to obtain the services he needs across the street. People are not about to spend a half hour on the road in order to obtain services in French, because they are so comfortable in English that that simply is not necessary. If you need to consult a physician, you will consult one across the street from where you live — at least for people of my generation. That certainly is my belief.

The Acting Chairman: I note that the Senator has to leave, and I want to thank him for his comments. We will give everyone a chance to speak, as we usually do. Senator Gauthier, please.

Senator Gauthier: Mr. Gauthier said that networking is important; Mr. Labelle does not believe in networking, though. Did I understand you both correctly?

Mr. Labelle: I don't believe it will change much. As I see it, that is not the answer; the answer involves having more francophone, bilingual professionals in the communities. Whether there is networking or not, if we don't have a greater number of physicians tomorrow to provide those services, it will have been pointless. Look at the shortage of physicians across Quebec and elsewhere. If we don't recruit 200 or 300 additional French-speaking physicians every year, even if we have the best network one can image, that won't change much.

Senator Gauthier: I am not talking about the physicians, but the patients. I'm talking about people who want to be served in their own language. I saw a case recently. You are certainly familiar with the example of the mother who, speaking in French, told a doctor at an Ottawa hospital that her son had an upset stomach ("mal au coeur" in French, or literally, "heart pain"). She was sent off to a section to see heart disease specialists. If I come to a hospital and say in French: "Mon muscle adducteur me fait mal," they won't understand me. But if I say: "My hamstrings are sore," they probably will understand.

I was ill for more than two years. I had an interesting experience at the General Hospital. I had been told that it was a bilingual hospital. That is not true; everyone worked in English there, Mr. Labelle — both the physicians and the nurses. Once in a while, one would come along and explain to me what was going on. When I lost my hearing after taking a certain medication — Amicasin, and I advise you never to take it, Mr. Labelle — I asked: "What's going on?" So, they sent a nurse to explain things to me. But I am not a blithering idiot.

We managed to hang on to the Montfort Hospital, after building and presenting a strong case. And we managed to get French schools — not because numbers warranted, but because the right of parents to have their children receive an education in their own language is a fundamental right. And a parent's right to have his children receive health care in their mother tongue is just as fundamental.

[Français]

M. Labelle: Si j'habite à Kanata et que j'ai besoin de services, je ne suis pas prêt à conduire au centre-ville d'Ottawa pour obtenir ceux-ci. Mon père ou ma mère peut-être, mon frère ou moi non, nous voudrions obtenir le service le plus rapide comme un anglophone voudra obtenir le service de l'autre côté de la rue. On ne court pas une demi-heure pour obtenir des services en français parce qu'on est tellement à l'aise en anglais, cela n'est pas nécessaire. Si on doit consulter un médecin, on va le faire de l'autre côté de la rue, pour les gens de ma génération en tout cas. J'en suis convaincu.

Le président suppléant: Je sais que le sénateur doit partir, je le remercie de ses commentaires. Nous allons faire un tour de table, comme nous le faisons habituellement. Je donne la parole au sénateur Gauthier.

Le sénateur Gauthier: M. Gauthier dit que le réseautage est important; M. Labelle dit qu'il ne croit pas au réseautage. Ai-je bien compris?

M. Labelle: Cela ne changera pas grand-chose. Ce n'est pas la solution, la solution passe par l'obtention de plus de professionnels francophones bilingues dans les communautés. Réseautage ou non, si on n'a pas plus de médecins demain matin, cela ne donne rien. Regardez la pénurie de médecins partout au Québec et ailleurs. Si on ne recrute pas 200 ou 300 autres médecins francophones par année, dans le meilleur réseau que l'on voudra, on ne changera pas grand-chose.

Le sénateur Gauthier: Je ne parle pas des médecins, mais des patients. Je parle de la personne qui veut se faire servir dans sa langue. J'ai vu cela récemment. Vous connaissez l'exemple de la mère qui dit au médecin à l'hôpital, à Ottawa, que son enfant a mal au coeur. On l'a envoyée dans une section où il y avait des spécialistes pour les maladies du coeur. Si j'arrive à l'hôpital et que je dis que mon muscle adducteur me fait mal, ils ne comprendront rien. Mais si je dis: «My hamstrings are sore», ils vont probablement comprendre.

J'ai été malade pendant deux ans et plus. J'ai vécu une expérience à l'Hôpital Général. On me disait que c'était un hôpital bilingue. C'était faux, tout se faisait en anglais, monsieur Labelle. Les médecins comme les infirmières. Il y en avait bien une de temps en temps pour m'expliquer ce qui se passait. Quand je suis devenu sourd à la suite de la prise d'un médicament, l'Amicasin — ne prenez jamais cela monsieur Labelle —, j'ai demandé: «Qu'est-ce qui se passe?» Ils ont envoyé une infirmière pour m'expliquer. Je ne suis pas le plus stupide des hommes.

L'Hôpital Montfort, nous l'avons conservé, gardé, préservé à force d'arguments. Nos écoles françaises, nous les avons obtenues, pas parce que le nombre le justifiait mais parce que le droit des parents de faire instruire leurs enfants dans leur langue est un droit fondamental. Le droit des parents de faire soigner leurs enfants dans leur langue maternelle est tout aussi fondamental.

I believe in networking. And I'll tell you why, Mr. Labelle. In this day and age, with telemedicine and satellite communications, it is possible to set up centres with expertise in a certain number of fields — for example, infectious diseases, or lung disease. That is not particularly difficult to do. Mr. Gauthier said that with a 1-800 line, we could create information networks. I think that is certainly something we could do now.

I took a lot of notes, and I am going to read over everything you said. Why isn't Ontario part of the network, Mr. LaBossière. Do you know? It includes Manitoba, New Brunswick and one other province, Alberta.

Mr. LaBossière: When you say the network, are you referring to participation in the advisory committee?

Senator Gauthier: I'm talking about Hubert's committee.

Mr. LaBossière: No, I don't know why. Some provinces were invited to take part, but only two or three decided to do so. However, we did find ways of keeping all the provinces and territories informed of the committee's work. Indeed, a presentation was made and several meetings were organized by the advisory committee with various directors of Francophone Affairs. The committee also made a presentation to the Ministerial Conference on Francophone Affairs. So, we did keep the provinces and territories informed of what we were doing, even though they were not all taking part in the Committee's work.

Senator Gauthier: I find it rather strange that the province with the largest number of francophones — Ontario — would not have been present for discussions about an issue as serious as health care.

Mr. Gauthier, you asked that the federal government take concrete actions — that it make a commitment, get involved and provide support. What kind of action is most critical, in your view? Certainly, the federal government has spending power. With respect to communications and research, you made reference to a pilot project. Who will be funding that project?

Mr. Gauthier: I referred to the steps that need to be taken and three areas that should be emphasized. Our report refers to very important supporting documents that set out the issues to be resolved by order of magnitude. I believe you have a copy of those documents, Mr. Chairman, because we have been gradually sending them to you.

As far as the network is concerned, we're talking about \$5 million annually. For training, we are talking about between \$18 and \$20 million annually.

The Acting Chairman: I would ask you to be more precise, because the funding issue is very important to us. I would also like to refer to what Minister Dion has said, because this is the official document being used as a basis for discussion.

Mr. Gauthier: Our report?

The Acting Chairman: The report where it talks about \$5 million for the network and \$15 million for training.

Je crois au réseautage. Je vais vous dire pourquoi, monsieur Labelle. Aujourd'hui, avec la télémédecine et les communications par satellite, il est possible d'établir des centres avec des expertises dans plusieurs domaines, comme par exemple les maladies infectieuses ou pulmonaires, ce n'est pas bien compliqué. M. Gauthier a dit qu'avec une ligne 1-800, on pourrait faire un réseautage d'informations. Il me semble que cela se ferait certainement aujourd'hui.

J'ai pris beaucoup de notes et je vais relire tout ce que vous avez dit. Pourquoi l'Ontario ne fait-elle pas partie du réseau, monsieur M. LaBossière, le savez-vous? Il y a le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et une autre province, l'Alberta.

M. LaBossière: Quand vous parlez du réseau, parlez-vous de participation au comité consultatif?

Le sénateur Gauthier: Je parle du comité d'Hubert.

M. LaBossière: Je ne sais pas pourquoi. Certaines provinces ont été invitées mais seules deux ou trois y ont participé. Nous avons quand même trouvé des façons de tenir toutes les provinces et territoires au courant des démarches du comité. En effet, il y a eu une présentation et plusieurs rencontres avec des responsables des affaires francophones tenues par le comité consultatif. Le comité a aussi fait une présentation à la conférence ministérielle sur les affaires francophones. Nous avons donc tenu au courant les provinces et les territoires de nos démarches même s'ils ne participaient pas tous à ce comité.

Le sénateur Gauthier: Il me paraît un peu étrange que la province dans laquelle on compte le plus grand nombre de francophones, soit l'Ontario, ne soit pas présente lorsqu'on discute d'un problème aussi sérieux que celui de la santé.

Monsieur Gauthier, vous avez demandé que le fédéral pose des gestes concrets, qu'il s'engage, qu'il participe et qu'il appuie. Quels sont les mesures les plus essentielles d'après vous? Il est vrai que le gouvernement fédéral a le pouvoir de dépenser. Au niveau des communications et de la recherche, vous avez parlé d'un projet pilote. Par qui ce projet sera-t-il financé?

M. Gauthier: J'ai parlé des mesures et de trois points sur lesquels l'accent doit être mis. Notre rapport fait référence à des documents d'appui très importants qui parlent des dossiers à gérer par ordre de grandeur. Je crois, monsieur le Président, que vous avez copie de ces documents, car on vous les a fait parvenir au fur et à mesure.

Pour ce qui est du réseau, on parle de 5 millions de dollars annuellement. Du côté de la formation, on parle de 18 à 20 millions de dollars annuellement.

Le président suppléant: Je vais vous demander d'être plus précis, car pour nous la question des finances est une question très importante. J'aimerais aussi faire allusion à ce qu'a dit le ministre Dion, car il s'agit du document officiel sur lequel on se base.

M. Gauthier: Notre rapport?

Le président suppléant: Le rapport dans lequel se trouvent les sommes de 5 millions de dollars pour le réseau et 15 millions de dollars pour la formation.

I also note the speech made by Minister Dion in Whitehorse, where he said that initial discussions and expectations had been seen as rather unrealistic, which meant that the amounts being requested were too high. But instead of getting discouraged, you continued your work, and the recommendations of the Advisory Committee are now being made on the basis of a much more realistic financial framework.

Based on what I understood the minister to say, funding requests have been modified. Is that correct?

Mr. Gauthier: In terms of the proposal you now have, no, that is not correct. There was the perception within Mr. Dion's Department that our funding requests were extravagant. After several meetings, they came to understand the content of our report.

I attended meetings where they were trying to tell us that the government has limited means, and that we should be more reasonable. Our response was to make specific proposals.

At Health Canada, discussions took place with Mr. Dion's Department, and the amounts we're talking about are still the ones mentioned in our proposal. Mr. Dion's impression was that we were talking about something much more massive. I met with Mr. Dion to discuss every element of that proposal.

The trickiest issue is how to develop orientation/service centres or facilities. That issue, more than any other, certainly falls within the jurisdiction of the federal government and the provinces.

It seems the proposal concerning the network is now well understood. The \$1.9 million is intended to help us get that work underway.

The Acting Chairman: That is my second question. However, I would like to stay with the figures set out in the report, because what you are saying is something completely different. You talk about the primary health care transition fund.

Mr. Gauthier: On the basic question, the proposal we are making is the one you have in the folder that has been provided. The weakest component is the one dealing with front-line services, infrastructure and service/orientation structures. That one worries me.

After giving this matter a great deal of thought, I have come to the conclusion that this part of it is somewhat soft. What worries me is that it is possible to develop plans and train staff, without necessarily having places where services can be adequately delivered. I am making everyone aware of that concern, because I believe that this particular component has to be firmed up more. As planned, we placed three priorities on the table for which funding would be required. The size of the budgets as set out in the document you've been provided has not changed.

The Acting Chairman: Just to clarify, the \$5 million a year to operate community networks is still applicable, then?

Mr. Gauthier: Yes.

Je prends note du discours du ministre Dion à Whitehorse qui dit que les premières discussions et les attentes ont été perçues comme étant plutôt irréalistes, ce qui voulait dire que les demandes étaient trop fortes. Plutôt que de vous décourager, vous avez poursuivi, et les recommandations du comité consultatif s'inscrivent maintenant dans un cadre financier beaucoup plus réaliste.

Si je comprends ce que je dis le ministre, les demandes financières se sont modifiées. Est-ce exact?

M. Gauthier: Par rapport au cahier que vous avez, ce n'est pas exact. Il y avait des perceptions au sein du ministère de M. Dion que nos demandes étaient extravagantes. Après plusieurs rencontres, ils ont compris le contenu de notre rapport.

J'ai assisté à des rencontres dans lesquelles on tentait de nous dire que le gouvernement a peu de moyens, que nous devons être plus raisonnables. On a répondu avec des dossiers.

À Santé Canada, des discussions ont eu lieu avec le ministère de M. Dion, et l'ordre de grandeur dont il est question est toujours celui du dossier. L'impression qui se dégageait de M. Dion est qu'il s'agissait de quelque chose de beaucoup plus colossal. J'ai rencontré M. Dion pour faire le point sur chaque volet du dossier.

Le dossier le plus épineux est le dossier des lieux d'accueil. Ce dossier est plus que tout autre de l'essor fédéral-provincial.

Il semble que le dossier concernant le réseau soit bien compris. Le 1.9 million de dollars a pour but de nous aider à démarrer.

Le président suppléant: C'est ma deuxième question. J'aimerais toutefois rester avec les chiffres du rapport, car ce que vous dites est une toute autre chose. Vous parlez de l'adaptation aux soins de santé primaires.

M. Gauthier: Sur le fond de la question, le dossier qu'on avance est le dossier que vous avez dans votre cahier. Le dossier le plus mou est le dossier des services de première ligne, les infrastructures, les structures d'accueil. Celui-ci m'inquiète.

Après m'être penché sur cette question longuement, j'en viens à la conclusion que le dossier est mou de ce côté. Ce qui m'inquiète est qu'il est possible de créer des plans et de former du personnel, mais sans pour autant avoir d'endroits où livrer les services adéquatement. Je fais part à tous de cette inquiétude, car ce dossier a besoin d'être solidifié. Dans l'ordre des choses, on a mis sur table trois priorités nécessitant du financement. L'ordre de grandeur des budgets dans le document que vous avez est toujours le même.

Le président suppléant: Pour être précis, les 5 millions de dollars par an pour le fonctionnement des réseaux communautaires est toujours applicable?

M. Gauthier: Toujours.

The Acting Chairman: And the amount of \$15 million per year for training and recruitment of francophone personnel is also still applicable?

Mr. Gauthier: Yes, at the very least, because the proposal presented by the consortium is for more than \$15 million a year over five years. It could be as much as \$20 million.

The Acting Chairman: Let's stick with what this document says.

Mr. Gauthier: Yes, that would be the very minimum.

The Acting Chairman: And when you talk about establishing service/orientation facilities, is that for front-line care?

Mr. Gauthier: Yes.

The Acting Chairman: And you're saying that the figure of \$25 million is possibly a little soft?

Mr. Gauthier: That amount is currently under review. We have examples of how this could be carried out, but what is not so certain is how we can ensure that number is included in the proposals that are accepted and funded.

The Acting Chairman: We will have to study the report and make recommendations. In order to do that, we need to have direct testimony from witnesses. We cannot do that over the telephone. We have to rely on what you are telling us today; we have no choice. That is why I am asking you all these questions.

So, should the \$25 million per year for patient service/orientation facilities remain in the final report we will be drafting? Is this a request from your committee?

Mr. Gauthier: Yes, absolutely.

The Acting Chairman: So, there has been no change there?

Mr. Gauthier: No.

The Acting Chairman: The last amount in this report is for the purposes of gradually putting in place a health care infrastructure for a one-time and non-recurring amount of \$20 million. Is that item staying?

Mr. Gauthier: No. The last amount of \$25 million includes technology. Mr. Dion realized that we were being more reasonable by saying that the \$20 million could be included. Technology costs over five years would amount to several million dollars per year and can in fact be included in the \$25 million amount we have just discussed.

The Acting Chairman: Did you say there is documentation providing rationale for these amounts?

Mr. Gauthier: Yes.

The Acting Chairman: Would it be possible to get them?

Mr. Gauthier: Yes, absolutely.

The Acting Chairman: I'm sure you understand that if we use the figure of \$25 million, we have to provide a rationale.

Le président suppléant: La somme de 15 millions par an pour la formation et le recrutement de personnel francophone est-elle toujours applicable?

M. Gauthier: Au minimum, car le dossier envoyé par le consortium est de l'ordre d'au-delà de 15 millions de dollars et plus par année sur cinq ans. Cela pourrait atteindre les 20 millions.

Le président suppléant: Restons dans ce document-ci.

M. Gauthier: En effet, il s'agit du minimum.

Le président suppléant: La mise en place de lieux d'accueil correspond-elle aux groupes de soins de première ligne?

M. Gauthier: Oui.

Le président suppléant: Et vous dites que parler d'une somme de 25 millions de dollars, c'est peut-être un peu mou?

M. Gauthier: Ce montant est à l'étude présentement. On a des exemples de la façon dont cela devrait se passer, mais ce qui est mou est de faire en sorte que ce dossier figure parmi les dossiers qui seront reçus et financés.

Le président suppléant: On doit étudier le rapport et faire des recommandations. Pour ce faire, on doit procéder par témoignages. On ne peut le faire par téléphone. Il faut se fier à ce que vous nous dites aujourd'hui et on ne peut procéder autrement. C'est la raison pour laquelle je pose toutes ces questions.

La question des 25 millions de dollars par année en ce qui a trait aux lieux d'accueil devrait-elle demeurer dans le rapport final que l'on doit faire? Est-ce une demande de la part de votre comité?

M. Gauthier: Absolument.

Le président suppléant: Cela n'est donc pas modifié?

M. Gauthier: Non.

Le président suppléant: Le dernier montant contenu dans ce rapport est la mise en place graduelle d'une infrastructure de la santé pour un montant unique et non récurrent de 20 millions de dollars. Est-ce que cet item demeure toujours?

M. Gauthier: Non. À l'intérieur du dernier montant de 25 millions de dollars, on pourrait retrouver la technologie. M. Dion aura compris que l'on devient plus raisonnable en disant que les 20 millions de dollars pourraient être inclus. La technologie sur cinq ans veut dire quelques millions de dollars par année et peut être inclus dans le montant de 25 millions dont on vient de discuter.

Le président suppléant: Vous avez indiqué qu'il existe des documents justifiant ces sommes?

M. Gauthier: Oui.

Le président suppléant: Pourrait-on les obtenir?

M. Gauthier: Absolument.

Le président suppléant: Vous comprendrez que si on indique la somme 25 millions de dollars, la justification sera nécessaire.

Mr. Gauthier: It's a little like the Treasury, which is asking us for the same thing.

The Acting Chairman: I want to move on now to the primary health care transition fund. As I understand it, Health Canada has earmarked \$8 million, which is still in the bank and remains unused after almost a year, and perhaps even two years. When Mr. Nouvet appeared, I asked him what he was going to do with that money. He answered that it would soon be spent and that this was simply a matter of days. He appeared several months ago. He also said that if there were urgent requirements, an amount of \$8 million — which is still a sizeable sum of money — had been earmarked for you, and was intended to be used for the provision of health care services in French outside Quebec. Minister Dion took \$1.9 million of that money, which means that there is still \$6 million left. Have you received any information that would lead you to believe that this money is going to be allocated to you and by what mechanism that will occur?

Mr. Gauthier: As regards the \$1.9 million, the discussions are well underway. As a hospital administrator, I am always a little impatient and find that obtaining the necessary authorizations takes a great deal of time. They have all our documentation. What we want from them are answers. I even brought this matter to the attention of the incumbent deputy minister this morning, saying to him that Mr. Dion had made the announcement in June, and that we were waiting to see some progress. I got the impression that Mr. Green would like to see things move forward rather quickly.

Secondly, we were told that work was underway to develop criteria that should be released shortly and that we will have to meet those criteria. We decided to make a proposal to Health Canada without hearing about the criteria, because we may have to wait. Two years have already gone by. On our side, there is certainly some impatience, as you will have noticed, but we intend to do our homework. For the \$1.9 million, for example, we put our proposals on the table. We think it is now time to go through the same process for the \$6 million, in order to get things moving. The question Health Canada is asking is who will take responsibility for what comes next. This is a transition fund. We are saying that follow-up will occur through the Dion plan or whatever action is taken in response to the Kirby and Romanow reports, et cetera. As far as they are concerned, this is not a solid enough answer.

The Acting Chairman: Yes, but the money is there all the same.

Mr. Gauthier: There doesn't seem to be any problem in that respect. The money is there and the situation is as I have described it.

The Acting Chairman: Thank you very much, but I must insist that you send us your rationale for the amounts being requested. It is absolutely critical in our view that we be able to justify these allocations if we request the funding.

Senator Gauthier: This morning I referred to the sixth principle. Perhaps we should set out or make reference to such a principle in the Health Act. I would like to have the views of each of our witnesses on that. Do you think a sixth principle would be helpful?

M. Gauthier: C'est un peu comme le Trésor qui nous demande la même chose.

Le président suppléant: Je vais maintenant passer au fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Si je comprends bien, Santé Canada a réservé une somme de 8 millions de dollars, qui est toujours en banque, qui n'a jamais été utilisée depuis presque un an maintenant, deux ans peut-être. Quand M. Nouvet est venu, je lui ai demandé ce qu'il faisait avec cet argent. Il a répondu qu'il allait bientôt être dépensé et c'était une question de jours. Il est venu ici il y a plusieurs mois. Il a dit que si on avait des besoins urgents, une somme de 8 millions de dollars — c'est tout de même une somme assez appréciable — vous est réservée, qui est destinée aux soins de santé en français hors Québec. Le ministre Dion a pris 1,9 million de cette somme, il en reste donc encore six. Avez-vous reçu de l'information qui vous laisse croire que cette somme va vous être donnée, et comment elle va vous être octroyée?

M. Gauthier: Sur le 1,9 million de dollars, les discussions sont fort avancées. En tant que gestionnaire d'hôpital, je suis toujours un peu impatient et je trouve que cela prend beaucoup de temps avant qu'on nous accorde les autorisations requises. Ils ont tous nos documents. Ce qu'on attend d'eux, ce sont des réponses. J'ai même porté le dossier à l'attention du sous-ministre en titre ce matin pour lui indiquer que cela faisait depuis juin que M. Dion avait fait l'annonce et qu'on s'attendait à ce que cela avance. J'ai eu l'impression que M. Green souhaitait que le dossier avance assez rapidement.

Deuxièmement, on nous a indiqué qu'on était en train de développer des critères qui devraient être connus sous peu et qu'on devra s'inscrire à l'intérieur de ces critères. On a décidé de faire une proposition à Santé Canada sans entendre toute la question des critères, parce qu'on peut attendre. Cela fait deux ans. De notre côté, je vous transmets peut-être un tantinet d'impatience, mais on va faire nos devoirs. Pour le 1,9 million de dollars, on a mis les choses sur la table. Pour le 6 millions, on pense qu'il est temps de faire de même pour faire avancer les choses. La question qu'on se fait poser par Santé Canada, c'est ce qui va assurer la suite des événements. C'est un fonds transitoire. On dit que c'est soit le plan Dion, soit les suites données à Kirby, Romanow, et cetera. Pour eux, ce n'est pas une réponse qui m'a pas l'air assez solide.

Le président suppléant: Mais tout de même, l'argent est là.

M. Gauthier: Il ne semble pas y avoir de problèmes. L'argent est là et nous avons la situation que je vous décris.

Le président suppléant: Je vous remercie, à la condition que vous nous fassiez parvenir la justification de ces sommes. Pour nous, il est essentiel que cela soit justifié si nous demandons des sommes.

Le sénateur Gauthier: J'ai parlé ce matin du sixième principe. Il faudrait peut-être l'adopter ou en discuter dans la Loi sur la santé. J'aimerais avoir l'opinion de chacun de nos témoins cet après-midi. Pensez-vous que ce sixième principe serait utile?

The Acting Chairman: The idea would be to incorporate a sixth principle into the Health Act that would include universality. That is one of the conditions. The sixth principle would have to do with linguistic duality and the requirement to provide services in one or the other of Canada's two official languages.

Mr. Labelle: In both official languages, or in one or the other of the official languages?

The Acting Chairman: One or the other, depending on the patient. We need to ensure that a patient is entitled to receive care in one or the other of the two official languages, on request, whether he is an anglophone living in Quebec or a francophone living outside Quebec. That would become a sixth principle. That is what Senator Gauthier is asking you about. What is your view on that?

Mr. Labelle: It is certainly a principle one cannot disagree with. However, what actions will be taken to ensure that the law is enforced across the country? I live in Kingston where we are about 5,000 francophones. What are you going to do to ensure that tomorrow, I will be able to receive services? Also, do you mean all services will be provided in French, or only primary health care? If I require very sophisticated surgery, are you going to guarantee me that the surgeon who performs cardiac surgery will be able to communicate with me in French? But there is no doubt this is good legislation.

Mr. Gauthier: The legislative base is always important. In that sense, I am in favour of what you suggest. However, my mother would say: "Will that help me access more home care services in French?" I would be hesitant about focussing all my energy on that. I think there are people such as Mauril Bélanger, Senator Gauthier and others, who will do that. I will certainly support their actions, but I will also work very hard in the short term to see that improvements are made. I believe that even without the principle, we can make progress in certain areas.

The Acting Chairman: This morning, Dr. Schofield told us that principles are fine, but action is even better!

Mr. LaBosière: I stated in the brief I presented, in the second last paragraph, that there are a certain number of things that we have observed. In the education sector, national incentives have been extremely helpful. So, draw your own conclusions. In the health care sector, maybe we need something. I am not saying we necessarily need to incorporate a sixth principle in the document, either as part of a specific program or a federal funding envelope. In my view, we need national measures because it could take a great deal of time, in certain regions of Canada, to make progress on health care services in French.

The Acting Chairman: Do you have the answer to your question, Senator Gauthier?

Senator Gauthier: I would like to make an analogy. When I go to have my car fixed, I don't ask the mechanic who trained him, do I? I ask him to do the job properly. Whether he learned his trade in German, French or English is completely irrelevant, as long as he knows how to fix the car. I am not interested in

Le président suppléant: Il s'agirait d'inclure un sixième principe à la Loi sur la santé qui inclurait l'universalité. C'est une des conditions. Le sixième principe serait celui de la dualité linguistique qui assurerait des services dans l'une ou l'autre des langues officielles du Canada.

M. Labelle: Dans l'une et l'autre ou l'une ou l'autre?

Le président suppléant: L'une ou l'autre, selon le patient. Il faut que le patient ait droit à recevoir des soins dans l'une ou l'autre des deux langues officielles, à sa demande, que ce soit un anglophone au Québec ou un francophone hors Québec. Ce serait un sixième principe. C'est ce que le sénateur Gauthier vous demande. Quelle est votre opinion à ce sujet?

M. Labelle: C'est certainement un principe qu'on ne peut pas dénoncer. Cependant, quelles seront les actions mises en oeuvre pour assurer que cette loi soit réalisable partout? Je vis à Kingston où nous sommes 5 000 francophones. Qu'allez-vous faire pour que demain matin, je puisse avoir des services? Ensuite, voulez-vous dire tous les services en français ou simplement les services primaires? Si j'ai besoin d'une chirurgie très sophistiquée, allez-vous m'assurer que ce médecin qui fait des chirurgies cardiaques pourra communiquer avec moi en français? Mais certainement, c'est une bonne loi.

M. Gauthier: Quand on parle de l'assise légale, c'est toujours important. En ce sens, je suis favorable à cela. Toutefois, ma mère vous répondrait: «Est-ce que cela va m'aider à avoir plus de services de soins à domicile en français chez moi?» J'hésiterais à y mettre toute mon énergie. Je pense qu'il y a des gens qui la mettront, entre autres, Mauril Bélanger, le sénateur Gauthier et d'autres. Je vais les appuyer de ce côté, mais je vais aussi travailler très fort à court terme pour que des améliorations se fassent. Je suis convaincu que, sans le principe, on est capable de faire avancer certaines choses.

Le président suppléant: Ce matin, le Dr Schofield nous a dit que les principes, c'était bien, mais l'action, c'était encore mieux!

M. LaBosière: Comme je l'ai écrit dans le texte que je vous ai présenté, à l'avant-dernier paragraphe, je vous fais part de certains constats. Dans le domaine de l'éducation, des mesures incitatives d'envergure nationale ont grandement aidé. Tirons donc les conclusions. Du côté de la santé, cela prend peut-être quelque chose. Je ne dis pas qu'il faut un sixième principe dans le document en question, que ce soit du côté d'un programme quelconque, d'une enveloppe fédérale quelconque. À mon avis, cela prend des mesures d'envergure nationale parce que cela peut prendre énormément de temps dans certaines régions du Canada pour faire avancer le dossier des services de santé en français.

Le président suppléant: Vous avez la réponse à votre question, sénateur Gauthier?

Le sénateur Gauthier: J'aimerais faire une petite analogie. Quand je vais faire réparer ma voiture, je ne demande pas au mécanicien qui l'a formé? Je lui demande de faire un bon travail. Qu'il ait appris son métier en allemand, en français ou en anglais, cela n'a pas d'importance, du moment qu'il répare la voiture. Cela

knowing whether the surgeon speaks my language; what concerns me is whether he knows how to perform surgery properly. I want the person whom I first have contact with in a facility to be able to respond to my needs in my language. When I go to the Ottawa General Hospital and the nurse says to me: "I'm sorry, I don't speak French," I have to admit that kind of puts me on the defensive. Yet I grew up here. Maybe that's the way it is in Kingston, Mr. Labelle, but this city has not been designated bilingual by the Province of Ontario. Even so, the federal government has a lot of facilities in Kingston, including the Military College. That was one of the conditions for designating Kingston a bilingual city. But they didn't — even though there are students from Quebec and all across Canada who go to study there.

Senator Losier-Cool: The witnesses we heard from yesterday from the FCFA are recommending, in addition to the sixth principle, that the federal government implement a program similar to the Official Languages in Education Program, or OLEP. Could you comment on that recommendation?

Mr. Gauthier: We talked about quantum and the money that would be required to manage such a program, which has to be a Health Canada program. Because there is shared jurisdiction, we would probably agree that a federal-provincial social/health program be integrated, so as not to end up with piecemeal initiatives, and constantly have to be chasing after funding. We have already said that this program should be with Health Canada. It has groups in place and appropriate structures for consulting the provinces and that could be the right vehicle. The communities have an important role to play in acting as a link between the provinces and the federal government. As silly as it may seem, we don't want to be caught between the federal government and the provinces in major federal-provincial debates on these issues. At the same time, when it comes to service delivery, we can act as a catalyst between the provincial government and the federal government to resolve certain issues. We have already seen, as demonstrated by our own matrices, that such alliances exist. So, I would say yes to developing a single program that could have both purely national dimensions and federal-provincial dimensions.

The Acting Chairman: Do you have any other questions?

Senator Losier-Cool: Once the witnesses have finished, I would like to put a question to committee members.

Senator Léger: This is the first time we have heard from a devil's advocate. It has been a difficult process, but we really have met a lot of people who are working hard in this area. In the end, we find ourselves wondering whether the province of Ontario is the only one to be isolated like this.

We heard from two or three other Ontario witnesses and their testimony was less negative. As far as I'm concerned, it was negative; we would not be here today if we had always just sat back and accepted assimilation and all the rest of it.

ne me préoccupe pas de savoir que le chirurgien ne parle pas ma langue, ce qui me préoccupe, c'est s'il sait faire de la chirurgie comme il faut. Je veux que la personne qui me reçoit puisse répondre à mes besoins dans ma langue. Quand je me rends à l'Hôpital Général d'Ottawa et que l'infirmière me répond: «I'm sorry, I don't speak French», cela me met un peu sur la défensive, je l'avoue. Pourtant, j'ai grandi ici. Peut-être qu'à Kingston, monsieur Labelle, cela se passe ainsi, mais cette ville n'est pas désignée bilingue par la province de l'Ontario. Pourtant, le gouvernement fédéral a beaucoup d'installations à Kingston, y compris le Collège militaire. C'était une des conditions pour qu'ils désignent Kingston bilingue. Il ne l'ont pas fait. Pourtant il y a des étudiants du Québec et de partout au Canada qui vont étudier là.

Le sénateur Losier-Cool: Les témoins que nous avons entendus hier, les gens de la FCFA, à part le sixième principe, recommandent aussi que le gouvernement fédéral mette sur pied un genre de programme similaire au PLOE. Pourriez-vous faire des commentaires sur cette recommandation?

M. Gauthier: On a parlé des quantités et de l'argent pour gérer un tel programme qui doit en être un de santé. Puisqu'il y a des juridictions partagées, probablement qu'on serait d'avis qu'un programme fédéral-provincial, sociaux-sanitaires soit intégré pour ne pas se ramasser avec des morceaux éparpillés et courir après. On a déjà dit que ce programme devrait être à Santé Canada. Il a des tables et des structures pour discuter avec les provinces, cela pourrait être un véhicule. Les communautés peuvent jouer un rôle important pour faire le lien entre les provinces et le gouvernement fédéral. Aussi baveux que cela puisse avoir l'air, on ne veut pas se faire prendre en sandwich dans les grands débats fédéraux-provinciaux sur ces questions. En même temps, sur les services à la population, on peut servir de catalyseur entre le provincial et le gouvernement fédéral pour régler des choses. On a déjà vu d'après nos tableaux qu'on retrouve ces alliances. Je dirais oui, faire un programme unique qui pourrait avoir des dimensions purement nationales et d'autres qui pourraient être fédérales-provinciales.

Le président suppléant: Avez-vous d'autres questions?

Le sénateur Losier-Cool: Une fois que les témoins auront terminé, j'aimerais poser une question aux membres du comité.

Le sénateur Léger: C'est la première fois que nous avons un avocat du diable. Cela a été assez difficile mais on a vraiment rencontré beaucoup de gens qui y travaillent. On termine en se demandant si c'est juste la province de l'Ontario qui est isolée comme cela?

On a eu deux ou trois autres témoins de l'Ontario et leur témoignage était moins négatif. Pour moi, cela était négatif, on ne serait pas ici aujourd'hui si on s'était toujours assis sur l'assimilation et le reste.

Mr. Labelle: you said that socio-economic status is a problem in Ontario. Is the entire picture negative for Franco-Ontarians? I am familiar with the New Brunswick case, and I would say that we responded by getting involved and being inventive. I imagine it's the same in Ontario, is it not?

Mr. Labelle: The report itself points out that there is a disparity of socio-economic status between francophones and anglophones in Canada. The research shows that this is one of the main causes for fewer health services being made available to young people. If francophones are less better off, less well educated and have less power, they probably will not be as healthy as others. That is my view. Francophones have to get an education and turn things around so that they play a more significant role. That is what we must focus on.

Senator Léger: My feeling is that that has already begun. You're not so sure?

Mr. Labelle: Well, yes. If you have \$5 million to spend, do what it takes to obtain an additional 200 French-speaking physicians here in Canada. Concentrate on that and then you will get exactly where you want to go.

Senator Léger: According to Dr. Schofield, that has already begun, and whatever is already in place must be in Ontario as well, I imagine.

Senator Pépin: Mr. Labossière pointed out that services have to be provided in the areas where francophones reside, and Mr. Gauthier said we need to develop our delivery mechanisms, and certainly, primary care is extremely important. We know that if current trends continue, people will go to hospitals only when they need surgery or are gravely ill; otherwise, they will stay home when they're ill. I think we need to develop home care with the available technology and develop our human resources as well, whether we're talking about physicians or nurses, so that in future, we have a lot more of them working in the regions and providing home care.

Mr. Labelle: you said that Franco-Ontarians are not all that involved and that in your case, you would just as soon be treated by a physician who speaks English. But when we're talking about health care services, it is important they be available in French. What if all francophones decided to receive treatment in English? Young people would study in English as well. It would be easier; there would be more services and they would naturally decide to focus on what is available in English and abandon services and programs for francophones.

Do you not think the fact that francophones are using services and programs in English is part of the problem?

Mr. Labelle: It isn't accurate to say that people go to the hospital to die. Hospital clinics, even university hospitals, are all filled to capacity. People go there for tests or because they have long-term illnesses. Often people go there throughout their lives. It is more important for these people to have regular contact with a medical specialist, because their illness forces them to maintain this relationship for 10, 15 or even 20 years before they die. So it just isn't true to say that hospitals don't have a role to play.

Monsieur Labelle, vous avez dit qu'en Ontario c'était un problème de statut socio-économique. Est-ce que tout est négatif pour les francophones en Ontario? Je connais le Nouveau-Brunswick, oui, mais il me semble qu'on participe, on invente. Cela doit être la même chose en Ontario, non?

M. Labelle: Le rapport lui-même souligne qu'il y a une disparité entre le statut socio-économique des francophones au Canada et des anglophones. La recherche démontre que c'est l'une des causes principales des services de santé moindre chez les jeunes. Si les francophones sont moins bien nantis, moins bien éduqués et ont moins de pouvoir, probablement qu'ils auront une santé moins bonne que les autres. C'est ce que je dis. Les francophones doivent s'éduquer et en venir à jouer un rôle plus important. C'est ce sur quoi on doit se concentrer.

Le sénateur Léger: J'ai l'impression que cela est déjà commencé. Vous ne le savez pas?

M. Labelle: Bien oui. Si vous avez 5 millions de dollars à dépenser, arrangez-vous pour aller décrocher 200 médecins francophones de plus au Canada. Concentrez-vous là-dessus et vous allez obtenir tout ce que vous voudrez.

Le sénateur Léger: D'après le Dr Schofield, cela est commencé, tout ce qui est déjà fait, cela doit exister en Ontario aussi, j'imagine.

Le sénateur Pépin: Monsieur Labossière a dit qu'il faut assurer les services là où vivent les francophones et monsieur Gauthier a dit qu'il fallait développer notre méthode de livraison et évidemment, les soins primaires sont tellement importants. Lorsqu'on sait que si la tendance se maintient, on ira dans les hôpitaux pour une chirurgie ou quand on sera gravement malade sinon, on sera malade à la maison. Il faut donc développer les soins à domicile avec la technologie et aussi développer le personnel, que ce soit les médecins ou les infirmières pour aller travailler dorénavant beaucoup plus dans les régions et à domicile.

Monsieur Labelle, vous avez dit que les Franco-Ontariens participent plus ou moins et vous avez dit que vous, vous pouvez être traité par un médecin qui parle anglais. Lorsqu'on parle des services de santé, il faut les avoir en français. Et si tout les francophones décidaient de se faire traiter en anglais? Les jeunes iront étudier en anglais. Cela va être plus facile, plus de services, ils vont s'en aller du côté anglophone et vont laisser le côté francophone.

Le fait que les francophones se dirigent du côté anglophone, ne serait-ce pas là une partie du problème?

M. Labelle: C'est faux que les gens vont dans les hôpitaux pour mourir. Les cliniques des hôpitaux, même les hôpitaux universitaires, sont remplis à pleine capacité. Les gens vont là pour des tests ou parce qu'ils ont des maladies continues. Les gens y vont souvent durant toute leur vie. C'est plus important pour ces gens d'avoir un contact établi avec un médecin spécialiste puisque leur maladie leur impose ce lien pour 10, 15 ou 20 ans avant de mourir. C'est faux de dire que les hôpitaux n'ont pas un rôle à jouer.

Senator Pépin: I am saying that medicine will increasingly be practised outside of hospitals.

Mr. Labelle: A francophone who does not live in an area where there are services available within a five-mile radius but sees he can get what he needs across the street, and happens to be perfectly bilingual, will basically have two choices: either he can spend 20 minutes driving to the facility where he can receive care in French, or he can walk across the street to a clinic where he can receive care in English. What is he going to do? He'll go across the street! That's what I am saying: once people are comfortable with English, health care becomes just another service, like buying a car or going to the hairdresser.

Senator Pépin: If people asked for your assistance to set up a clinic with French-speaking physicians, would you agree to get involved?

Mr. Labelle: Yes, no problem. If we could have ten extra physicians, we would be very happy.

The Acting Chairman: Mr. Labelle, you mentioned earlier that you and your wife were looking for a family doctor but were unable to find either a French-speaking or English-speaking one, and that you would take anyone you could find, whatever language he or she spoke. You pointed out that 40 per cent of those who were looking for a family physician over the last year were unable to find one. So, there is a shortage of physicians.

Mr. Labelle: As far as I'm concerned, any effort that diminishes the possibility of obtaining more bilingual or French-speaking physicians is misguided. Getting more bilingual or francophone physicians is really the only goal worth working towards.

The Acting Chairman: The report ranks this as the No. 2 priority and in terms of funding, training health care personnel is the top priority. That is what the report recommends.

Mr. Labelle: I'm saying we should not be spreading ourselves too thin, and that it is preferable to focus on increasing the number of bilingual or French-speaking physicians.

Mr. Gauthier: My comment is about the connection between training and networking. We know that we need networking partners so that training can be provided. Training institutions are starting to see those partners come forward, asking for assistance in convincing people to study in their universities.

Universities are realizing they can no longer provide training in isolation, and that today's watchword is partnership, because you have a better chance of being successful if you accept the fact that it is a necessity.

Mr. LaBossier: As regards services in French, as Hubert mentioned earlier, the term "active offer" means that appropriate efforts will be made to find a way to reach francophones. I pointed out in my brief that we have to try to offer services in areas where francophones reside. If we look at the French school system, for example, that already gives us a very good indication of where the health services should be made available. We could

Le sénateur Pépin: Je dis que la médecine va se diriger à l'extérieur des hôpitaux.

M. Labelle: Le francophone qui n'habite pas dans une région où, dans un rayon de cinq milles, il y a des services, s'il y en a de l'autre côté de la rue et s'il est parfaitement bilingue, il a deux choix, faire 20 minutes de voiture pour obtenir des soins en français ou, traverser la rue pour se rendre à la clinique où il recevra des soins en anglais? Il va traverser la rue! C'est ce que je vous dis, une fois que les gens sont à l'aise avec l'anglais, les soins de santé deviennent simplement un service comme s'acheter une voiture ou aller chez le coiffeur.

Le sénateur Pépin: Si des gens vous demandaient de l'aide pour ouvrir une clinique avec quelques médecins francophones, participeriez-vous?

M. Labelle: Pas de problème. Si on pouvait avoir une dizaine de médecins de plus, on serait bien heureux.

Le président suppléant: Tout à l'heure monsieur Labelle vous avez mentionné que vous et votre femme étiez à la recherche d'un médecin de famille et que vous n'en trouviez pas ni en français ni en anglais et que vous en prendriez un dans n'importe quelle langue. Vous souligniez le fait que 40 p. 100 des gens, au cours de la dernière année, ont été à la recherche d'un médecin de famille et n'en ont pas trouvé. Il y a une pénurie de médecins.

M. Labelle: Quant à moi, tout effort qui diminue la possibilité d'accroître le nombre de médecins bilingues ou francophones est mal dirigé. Le seul but à atteindre serait d'aller chercher davantage de médecins bilingues ou francophones.

Le président suppléant: Le rapport place cet objectif en deuxième priorité et si on regarde du point de vue financier, la priorité est la formation de personnel en soins de santé. C'est ce que le rapport recommande.

M. Labelle: Je dis qu'il ne faut pas disperser les horizons et les efforts et qu'il faut se concentrer sur l'accroissement du nombre de médecins bilingues ou francophones.

M. Gauthier: Mon commentaire porte sur le lien entre la formation et le réseautage. On réalise qu'on a besoin de partenaires dans le réseautage afin qu'il y ait de la formation. Les institutions de formation commencent à voir arriver les partenaires qui demandent à ce qu'on les aide à convaincre des gens à venir étudier dans leur université.

L'université réalise donc qu'elle ne peut plus faire la formation en vase clos et que les méthodes d'aujourd'hui consistent à travailler en partenariat et on a davantage de chances de gagner si on se dit que c'est nécessaire de le faire.

M. LaBossier: En ce qui a trait aux services en français, comme Hubert l'a mentionné plus tôt, l'offre active signifie qu'on va faire un effort pour trouver la façon de rejoindre les francophones. J'ai indiqué dans mon texte qu'il faut tenter d'offrir des services là où se trouvent les francophones. Lorsqu'on regarde le système d'écoles francophones, cela nous donne déjà un très bon indice à savoir où il faudra implanter des services de

offer them through the school system or using public or mental health nurses. That would be an effective way of reaching much of our francophone clientele.

We should also start to sit down with the community and set priorities, so that we know where it is important that this be done and find appropriate methods of achieving those goals. I don't have the perfect answer, but having worked in Manitoba, I discovered that as a general rule, it was more logical to provide government services in multidisciplinary centres.

In Manitoba, six government services are about to be provided at the St. Boniface Hospital, in Notre-Dame-de-Lourdes and in three other locations. Services of professionals in various departments are now available in some centres, including about 30 types of professional services at the government services centre in St. Boniface. In my opinion, this centre is a good example of what can be done when professionals are brought together under one roof.

Senator Pépin: Yesterday we heard a very positive presentation to the effect that educational models need to be developed in order to recruit professionals. For my own personal edification, I would like to put one last question to Mr. Labelle.

Among francophones, there are Catholics and non-Catholics, and the two seem to be at daggers drawn. Perhaps you could explain why francophones are tearing each other apart over access to services in French, apparently because some are Catholic and some aren't.

Mr. Labelle: Let's take the example of a community where there are two high schools: one English-speaking and one French-speaking. Taken individually, these two schools might be considered mediocre, but if you put them together, they would certainly benefit from better facilities, and better training programs.

Senator Pépin: Why can't the Catholics and non-Catholics work together?

Mr. Labelle: In Ontario, Catholics have always had their own school system, and the same applies to non-Catholics. What happened is this: because the Catholic system did not provide education in French at the secondary level, the public school system began setting up free secondary schools. A lot of francophones now attend those public schools, as do their children.

Senator Pépin: So, why don't they merge them?

Mr. Labelle: Because the Catholics do not want to attend public sector schools.

The Acting Chairman: This was a most interesting afternoon and I want to thank each of you individually. Mr. Labelle's comments seem to suggest there is a certain malaise.

santé. On peut en offrir de façon parallèle via le système scolaire ou avec des infirmières en santé publique ou mentale. C'est une façon efficace de rejoindre de beaucoup notre clientèle de francophones.

Il faudrait aussi commencer à s'asseoir avec la communauté et identifier les priorités, savoir là où c'est important de le faire et trouver les méthodes appropriées pour le faire. Je n'ai pas la réponse absolue, mais ayant travaillé au Manitoba, j'ai découvert qu'en général, il était plus logique d'offrir les services du gouvernement dans des centres multidisciplinaires.

Au Manitoba, six services gouvernementaux sont en voie d'être offerts à l'Hôpital Saint-Boniface, à Notre-Dame-de-Lourdes ainsi qu'à trois autres endroits. Des services de professionnels dans différents ministères sont offerts dans des centres quelconques, dont une trentaine qui le sont au Centre de services gouvernementaux de Saint-Boniface. À mon avis, ce centre est un bon exemple de ce qu'on peut faire quand on y regroupe des professionnels.

Le sénateur Pépin: Hier on a entendu une présentation excessivement positive qui disait que c'est en développant des modèles d'éducation qu'on peut recruter des professionnels. Pour mon information personnelle, je poserai une dernière question à monsieur Labelle.

Parmi les francophones, il y a des catholiques et des non catholiques et il semble y avoir une guerre entre les deux. Expliquez-moi pourquoi les francophones se déchirent pour avoir accès à des services en français sous prétexte qu'ils sont catholiques ou pas.

M. Labelle: Prenons l'exemple d'une communauté où il y a deux écoles secondaires: une anglaise et une française. Ce sont deux écoles qu'on pourrait qualifier de médiocres mais si on les jumelait ensemble, elles pourraient certainement bénéficier de meilleures installations, de meilleurs programmes de formation.

Le sénateur Pépin: Pourquoi les catholiques et les non-catholiques ne peuvent-ils pas travailler ensemble?

M. Labelle: En Ontario, les catholiques ont toujours eu leur régime scolaire et c'est la même chose pour les non-catholiques. Ce qui s'est passé, c'est que le réseau catholique, n'offrant pas de formation en français au secondaire, le réseau scolaire public a commencé à créer des écoles secondaires gratuites. Beaucoup de francophones fréquentent maintenant les écoles publiques et leurs enfants continuent de les fréquenter.

Le sénateur Pépin: Alors pourquoi ne pas les regrouper?

M. Labelle: Les catholiques ne veulent pas fréquenter les écoles du secteur public.

Le président suppléant: L'après-midi a été très intéressant et je voudrais vous remercier individuellement. Le point de vue de M. Labelle laisse entrevoir un certain malaise.

On the other hand, I should point out that we received very enthusiastic testimony from witnesses representing the Maritime provinces, New Brunswick and Manitoba. In the case of Ontario, there is an undeniable malaise and that is what Mr. Labelle made clear in his comments.

Mr. LaBossière told us that Ontario is not part of the consortium. It's important to remember that half of the francophones outside Quebec live in Ontario. This is clearly a serious problem and we don't sense the same enthusiasm and dynamism that is evident in other communities. This may be a problem that Franco-Ontarians will have to look at more closely, and it may be a special situation that has to do with the provincial government currently in power.

I would like to thank Mr. LaBossière for his excellent comments and the parallel he drew between the education system and the health care system. I think he is absolutely right to say that if the education system is working well, there is no reason why the health care system, within the same communities, should not work just as well.

Finally, Mr. Gauthier presented a very special viewpoint on this issue. He is Chief Executive Officer of a university health care facility and we know that he is a very busy man. We know the kinds of problems he may be facing, particularly in a climate of budget restrictions.

In addition to being a member of the Canada Health Research Institutes Council, Mr. Gauthier has demonstrated remarkable determination and devotion through his involvement in the issue of French services outside Quebec.

He makes weekly pilgrimages to Ottawa, and so I want to commend him for all he has done and tell him that committee members are well aware of the time and singular effort he has devoted to this cause.

Mr. Gauthier: Thank you.

The committee continued *in camera*.

Par ailleurs, je dois dire qu'on a entendu des témoignages enthousiastes de la part des témoins des provinces maritimes, du Nouveau-Brunswick et du Manitoba. De la part de l'Ontario, on peut percevoir un malaise indiscutable et c'est ce que M. Labelle a bien souligné.

M. LaBossière a indiqué que l'Ontario ne participait pas à un consortium. Il faut se rappeler que la moitié des francophones hors Québec vivent en Ontario. Il y a là un sérieux problème et on n'y sent pas l'enthousiasme et le dynamisme des autres milieux. C'est peut-être un problème sur lequel les Franco-Ontariens devront se pencher et qu'il représente peut-être aussi une situation particulière en rapport avec le gouvernement provincial actuellement en place.

Je voudrais remercier M. LaBossière pour ses excellentes remarques et le parallèle qu'il a établi entre le système d'éducation et le système de soins de santé. Je crois qu'il a tout à fait raison en disant que si le système d'éducation fonctionne bien, il n'y a pas de raison que le système de soins de santé, dans un même milieu, ne soit pas aussi fonctionnel.

Enfin, M. Gauthier a présenté un point de vue tout à fait particulier dans ce dossier. Il est directeur général d'un établissement de santé universitaire et on sait que c'est un homme particulièrement occupé. On connaît les problèmes auxquels il peut faire face, surtout dans des conditions de restrictions budgétaires.

En plus de siéger au Conseil des instituts de recherche en santé du Canada, c'est avec un acharnement et un dévouement remarquables que M. Gauthier s'est impliqué dans la question des services en français hors Québec.

Il fait des pèlerinages hebdomadaires à Ottawa et je dois le féliciter, lui dire que les membres du comité reconnaissent le temps qu'il a consacré et l'effort unique qu'il a déployé dans cette cause.

M. Gauthier: Je vous remercie.

La séance se poursuit à huis clos.

du Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaires:

Dr. Denis Vincent.

de La Cité collégiale:

Mme Andrée Lortie, Présidente.

Mme Linda Assad-Butcher, Directrice, Health and Community Services.

du Réseau des cégeps et des collèges francophones du Canada:

M. Pierre Bergeron, Directeur Général.

Mardi, 11 septembre 2002 (Session matinale):

de l'Université de Moncton:

M. Yvon Fontaine, Recteur et Président du Consortium national de formation en santé.

de l'Université d'Ottawa:

Mme Pierrette Guimond, Assistante Professeure, Faculté des Sciences, École de Nursing.

de l'Université de Sherbrooke:

Dr. Aurel Schofield, Assistant Vice-Dean, Faculté de Médecine et Coordinateur de la formation francophone en santé au Nouveau-Brunswick.

Mardi, 11 septembre 2002 (Session après-midi):

de l'Hôpital Saint-Boniface:

M. Hubert Gauthier, Directeur Général.

de l'Hôpital général d'Ottawa:

M. Jacques Labelle, ancien Président-Directeur Général.

des Affaires francophones intergouvernementales:

M. Edmond LaBrosse, Coordinateur/Facilitateur.

Du Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaires:

Dr. Denis Vincent.

De La Cité collégiale:

Mme Andrée Lortie, présidente;

Mme Linda Assad-Butcher, directrice, Santé et services communautaires.

Du Réseau des cégeps et des collèges francophones du Canada:

M. Pierre Bergeron, directeur général.

Le mercredi 11 septembre 2002 (session de la matinée):

De l'Université de Moncton:

M. Yvon Fontaine, recteur et président du Consortium national de formation en santé.

De l'Université d'Ottawa:

Mme Pierrette Guimond, professeure adjointe, Faculté des sciences de la santé, École des sciences infirmières.

De l'Université de Sherbrooke:

Dr. Aurel Schofield, vice-doyen adjoint, Faculté de médecine, coordonnateur de la formation médicale francophone du Nouveau-Brunswick.

Le mercredi 11 septembre 2002 (session de l'après-midi):

De l'Hôpital Saint-Boniface:

M. Hubert Gauthier, directeur général.

De l'Hôpital général d'Ottawa:

M. Jacques Labelle, ancien président-directeur-général.

Des Affaires francophones intergouvernementales:

M. Edmond LaBrosse, coordinateur/facilitateur.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Communication Canada – Publishing
Ottawa, Ontario K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Communication Canada – Édition
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

WITNESSES

Tuesday, September 10, 2002 (Morning session):

From the Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada:

Mr. Jean-Guy Rioux, Vice-President.

From the Fédération acadienne de la Nouvelle-Écosse:

Mr. Paul d'Entremont, Coordinator of Health Sector.

From the Fédération des francophones de la Colombie-Britannique:

Ms Ysult Friolet, Director General.

From the Association canadienne-française de l'Ontario:

Mr. Alcide Gour, Past President.

Tuesday, September 10, 2002 (Afternoon session):

From the Centre communautaire Évangéline:

Ms Élise Arsenault, Director.

From the Montfort Hospital:

Dr. John Joanisse, Vice-President, Academic Affairs.

From the Centre de santé de Saint-Boniface:

Ms Suzanne Nicolas, Director General.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le mardi 10 septembre 2002 (session de la matinée):

De la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada:

M. Jean-Guy Rioux, vice-président.

De la Fédération acadienne de la Nouvelle-Écosse:

M. Paul d'Entremont, coordinateur du secteur santé.

De la Fédération des francophones de la Colombie-Britannique:

Mme Ysult Friolet, directrice générale.

De l'Association canadienne-française de l'Ontario:

M. Alcide Gour, président sortant.

Le mardi 10 septembre 2002 (session de l'après-midi):

Du Centre communautaire Évangéline:

Mme Élise Arsenault, directrice.

De l'Hôpital Montfort:

Dr. John Joanisse, vice-président, Affaires académiques.

Du Centre de santé de Saint-Boniface:

Mme Suzanne Nicolas, directrice générale.

(Suite à la page précédente)



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

SENATE OF CANADA

Standing Senate Committee on

Social Affairs, Science and Technology

Chair:

The Honourable MICHAEL J.L. KIRBY

INDEX

OF PROCEEDINGS

66

(Issues Nos. 1 to ~~58~~ inclusive)

Première session de la
trente-septième législature, 2001-2002

SÉNAT DU CANADA

Comité sénatorial permanent des

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:

L'honorable MICHAEL J.L. KIRBY

INDEX

DES DÉLIBÉRATIONS

(Fascicules n^{os} 1 à 58 inclusivement)



Prepared by

Manon Carpentier

Information and Documentation Branch,

LIBRARY OF PARLIAMENT

Compilé par

Manon Carpentier

Direction de l'information et de la documentation,

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

SENATE OF CANADA

Social Affairs, Science and Technology,
Standing Senate Committee
1st Session, 37th Parliament, 2001-02

INDEX

(Issues 1-58 inclusive)

Numbers in bold refer to the issue number

R: Issue number followed by R refers to the report contained within that issue.

COMMITTEE

Social Affairs, Science and Technology, Standing Senate Committee

Motions and agreements

Bill C-2, **10**:5,50-2

Bill C-6 (2nd Session, 36th Parliament), **45**:7

Bill C-11, **36**:3,11-3

Bill S-12, **45**:6,20-5

Bill S-14, **8**:3

Bill S-21, subject-matter, **45**:6-7

Budget, **8**:3-4,27; **48**:3; **49**:4

Canadian belonging and sense of community, preservation and promotion, **5**:3-4; **14**:4-5,33-4

Document, tabling, **8**:3,26-7

Health care system, **2**:4-6; **5**:3; **24**:4; **29**:3-4; **45**:4; **48**:3; **49**:3,4; **50**:4; **65**:3

Organization meeting, **1**:3-6,9-16

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, Senator Morin authorized to chair, **50**:5

Orders of reference

Bill C-2, **10**:3

Bill C-6 (2nd Session, 36th Parliament), **45**:3

Bill C-11, **26**:3

Bill S-12, **24**:3

Bill S-21, subject-matter, **25**:3

Canadian belonging and sense of community, preservation and promotion, **14**:3

Health care system, **2**:3

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **50**:3

Procedure

Bill C-11, **35**:4,45

Health care system, study, phases and objectives, **4R**:1-3,41,117-20; **24R**:1-8,33; **46R**:1-3; **47R**:1-3

Senators, reputation, **48**:18-23,28; **52**:4-5

Reports to Senate

Bill C-2, without amendment but with observations, **10**:6-7

Bill C-6 (2nd Session, 36th Parliament), without amendment but with observations and recommendations, **45**:17-9

Bill C-11, without amendment but with observations, **36**:4-10

Bill S-12, without amendment but with observations, **45**:8-10

Bill S-14, without amendment, **9**:4

Bill S-21, subject-matter, without amendment but with observations, **45**:11-6

Budget and financial operations of committees, **8**:5-12; **22**:5-12; **45**:8

Expenses incurred during the second Session of the thirty-sixth Parliament, **1**:7-8

Health (The) of Canadians: the Federal Role. Volume Four. Issues and Options, **24**:6

Health (The) of Canadians: the Federal Role. Volume One. The Story so Far, **4**:4

Health (The) of Canadians: the Federal Role. Volume Three. Health Care Systems in Other Countries, **47**:4

SÉNAT DU CANADA

Affaires sociales, sciences et technologie,
Comité sénatorial permanent
1^{re} session, 37^e législature, 2001-2002

INDEX

(Fascicules 1-58 inclusivement)

Les numéros en caractère gras indiquent les fascicules

R: Le numéro de fascicule suivi d'un R réfère au rapport contenu dans ce fascicule.

COMITÉ

Affaires sociales, sciences et technologie, Comité sénatorial permanent

Motions et conventions

Appartenance canadienne et esprit communautaire, préservation et promotion, **5**:3-4; **14**:4-5,33-4

Budget, **8**:3-4,27; **48**:3; **49**:4

Document, dépôt, **8**:3,26-7

Projet de loi C-2, **10**:5,50-2

Projet de loi C-6 (2^e session, 36^e législature), **45**:7

Projet de loi C-11, **36**:3,11-3

Projet de loi S-12, **45**:6,20-5

Projet de loi S-14, **8**:3

Projet de loi S-21, teneur, **45**:6-7

Réunion d'organisation, **1**:3-6,9-16

Santé, système, **2**:4-6; **5**:3; **24**:4; **29**:3-4; **45**:4; **48**:3; **49**:3,4; **50**:4; **65**:3

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, sénateur Morin, autorisation de présider, **50**:5

Ordres de renvoi

Appartenance canadienne et esprit communautaire, préservation et promotion, **14**:3

Projet de loi C-2, **10**:3

Projet de loi C-6 (2^e session, 36^e législature), **45**:3

Projet de loi C-11, **26**:3

Projet de loi S-12, teneur, **24**:3

Projet de loi S-21, teneur, **25**:3

Santé, système, **2**:3

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **50**:3

Procédure

Projet de loi C-11, **35**:4,45

Santé, système, études, phases et objectifs, **4R**:1-3,44,125-8; **24R**:1-9, 35; **46R**:1-3; **47R**:1-3

Sénateurs, réputation, **48**:18-23,28; **52**:4-5

Rapports au Sénat

Budget et financement des comités, **8**:5-12; **22**:5-12; **45**:8

Dépenses encourues au cours de la deuxième session de la trente-sixième législature, **1**:7-8

Projet de loi C-2, sans amendement mais avec observations, **10**:6-7

Projet de loi C-6 (2^e session, 36^e législature), sans amendement mais avec observations et recommandations, **45**:17-9

Projet de loi C-11, sans amendement mais avec observations, **36**:4-10

Projet de loi S-12, sans amendement mais avec observations, **45**:8-10

Projet de loi S-14, sans amendement, **9**:4

Projet de loi S-21, teneur, sans amendement mais avec observations, **45**:11-6

Santé (La) des Canadiens: le rôle du gouvernement fédéral. Volume deux. Tendances actuelles et défis futurs, **46**:4

Santé (La) des Canadiens: le rôle du gouvernement fédéral. Volume quatre. Questions et options, **24**:6

Santé (La) des Canadiens: le rôle du gouvernement fédéral. Volume trois. Les systèmes de soins de santé dans d'autres pays, **47**:4

Social Affairs, Science and Technology, Standing Senate —Cont'd
 Reports to Senate —Cont'd
Health (The) of Canadians: the Federal Role. Volume Two. Current Trends and Future Challenges, 46:4

SENATORS

Andreychuk, Hon. Raynell

Bill C-11, 26:23-5,32; 27:90-1; 29:27-8; 35:15-6,21,38; 36:11-2

Beaudoin, Hon. Gérard A.

Bill C-11, 26:26-7; 27:14-7,21-2,32-3,62,82-4; 28:33-5; 29:14-6; 35:10-1,27-8

Health care system, 18:15-6,18,28-9

Callbeck, Hon. Catherine

Bill S-14, 8:25

Bill S-21, subject-matter, 25:15-6

Health care system, 2:29,49; 3:23,33; 7:20-1; 13:25-7,76,78,99; 16:16-8; 17:30; 19:7,30-1; 20:14; 37:13,43,71-2,77,98-100,142-4; 38:19,39-41,74,78; 42:14-5,36-7,65-6,80-1,98-9,137-9; 43:17-9,32-4, 46-51,62-5,70,93-4; 44:21-3,39-42,60-1,72-5,83-6; 52:23-5; 53:58; 54:20-2; 57:13-5; 58:22-3; 62:22; 63:25-6,37

Organization meeting, 1:10

Carney, Hon. Pat

Health care system, 33:17-9,30-2,47-52,59,65-9,86,92-5,97,108

Cochrane, Hon. Ethel M.

Health care system, 41:9-12,32-7,42-3,59-60,66-8,78-9

Cohen, Hon. Erminie Joy

Health care system, 2:19-20; 3:34-6; 4:44; 9:15-6,31; 11:28; 12:34-5,38

Organization meeting, 1:9-10

Comeau, Hon. Gérard J.

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, 51:10-2,21

Cook, Hon. Joan

Bill C-11, 26:66-7; 28:17; 35:58-60

Health care system, 3:31-3; 5:38-9; 6:29; 12:29-30; 13:30-2,42,75; 17:23-4,26-7; 20:49; 23:21; 41:15-9,26-32,43-5,64-6,74-5; 42:76, 112-4,140; 43:35-9,51,67-9; 44:24-7,41-2,56-8,79,82-3; 48:38-9; 49:33; 50:21,26-7; 54:28-9; 55:25-7,29-30; 56:24-7; 59:43-5,53-4; 60:41-3; 61:23-5,27,31-2; 63:21-5,27,64; 64:12-4,20; 65:33

Organization meeting, 1:9

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, 51:18-9

Cordy, Hon. Jane Marie

Bill C-2, 10:48-9,51

Bill C-11, 27:29-30; 28:67-8,93-4; 29:29-30; 35:12-4,38-9,42-3; 36:12

Bill S-12, 24:13,42

Bill S-14, 8:23

Bill S-21, subject-matter, 25:19-20

Health care system, 2:46-8; 3:25; 11:28-30; 13:40-1,73-4; 14:30; 20:24-5; 21:28; 22:38-9; 23:20; 37:14,32-5,75-6,104,140-2; 42:17-20,38-40,53,55-7; 48:28; 49:23-7,31; 52:28-9; 59:54-6,77; 60:17-8,39-41; 61:20-3,30-1; 63:12-3,60-2; 64:32-3; 65:27-8,40

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, 51:19-20

DeWare, Hon. Mabel M.

Health care system, 16:49-51

Affaires sociales, sciences et technologie, Comité sénatorial —Suite

Rapports au Sénat —Suite

Santé (La) des Canadiens: le rôle du gouvernement fédéral. Volume un. Le chemin parcouru, 4:4

SÉNATEURS

Andreychuk, honorable Raynell

Projet de loi C-11, 26:23-5,32; 27:90-1; 29:27-8; 35:15-6,21,38; 36:11-2

Beaudoin, honorable Gérard A.

Projet de loi C-11, 26:26-7; 27:14-7,21-2,32-3,62,82-4; 28:33-5; 29:14-6; 35:10-1,27-8

Santé, système, 18:15-6,18,28-9

Callbeck, honorable Catherine

Projet de loi S-14, 8:25

Projet de loi S-21, teneur, 25:15-6

Réunion d'organisation, 1:10

Santé, système, 2:29,49; 3:23,33; 7:20-1; 13:25-7,76,78,99; 16:16-8; 17:30; 19:7,30-1; 20:14; 37:13,43,71-2,77,98-100,142-4; 38:19, 39-41,74,78; 42:14-5,36-7,65-6,80-1,98-9,137-9; 43:17-9,32-4,46-51, 62-5,70,93-4; 44:21-3,39-42,60-1,72-5,83-6; 52:23-5; 53:58; 54:20-2; 57:13-5; 58:22-3; 62:22; 63:25-6,37

Carney, honorable Pat

Santé, système, 33:17-9,30-2,47-52,59,65-9,86,92-5,97,108

Cochrane, honorable Ethel M.

Santé, système, 41:9-12,32-7,42-3,59-60,66-8,78-9

Cohen, honorable Erminie Joy

Réunion d'organisation, 1:9-10

Santé, système, 2:19-20; 3:34-6; 4:44; 9:15-6,31; 11:28; 12:34-5,38

Comeau, honorable Gérard J.

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, 51:10-2,21

Cook, honorable Joan

Projet de loi C-11, 26:66-7; 28:17; 35:58-60

Réunion d'organisation, 1:9

Santé, système, 3:31-3; 5:38-9; 6:29; 12:29-30; 13:30-2,42,75; 17:23-4,26-7; 20:49; 23:21; 41:15-9,26-32,43-5,64-6,74-5; 42:76, 112-4,140; 43:35-9,51,67-9; 44:24-7,41-2,56-8,79,82-3; 48:38-9; 49:33; 50:21,26-7; 54:28-9; 55:25-7,29-30; 56:24-7; 59:43-5,53-4; 60:41-3; 61:23-5,27,31-2; 63:21-5,27,64; 64:12-4,20; 65:33

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, 51:18-9

Cordy, honorable Jane Marie

Projet de loi C-2, 10:48-9,51

Projet de loi C-11, 27:29-30; 28:67-8,93-4; 29:29-30; 35:12-4,38-9, 42-3; 36:12

Projet de loi S-12, 24:13,42

Projet de loi S-14, 8:23

Projet de loi S-21, teneur, 25:19-20

Santé, système, 2:46-8; 3:25; 11:28-30; 13:40-1,73-4; 14:30; 20:24-5; 21:28; 22:38-9; 23:20; 37:14,32-5,75-6,104,140-2; 42:17-20,38-40, 53,55-7; 48:28; 49:23-7,31; 52:28-9; 59:54-6,77; 60:17-8,39-41; 61:20-3,30-1; 63:12-3,60-2; 64:32-3; 65:27-8,40

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, 51:19-20

DeWare, honorable Mabel M.

Santé, système, 16:49-51

Di Nino, Hon. Consiglio

Bill C-11, **26**:6,15-8,33-5,37-8,42,44-5,61-5,74-7,88-90; **27**:23-7, 49-50; **28**:13-4,36-40,65-7,75-6,101-3; **29**:19-24; **35**:19-20,29-31, 40-1,43-4,62-3; **36**:11-3

Fairbairn, Hon. Joyce

Bill C-2, **10**:21,51

Bill C-11, **26**:18-9,21,39,53-6,80-1,90; **27**:36-7,75-6,84; **28**:47,63-4, 78-9,100-1; **29**:17-8

Bill S-14, **8**:17,25-6

Bill S-21, subject-matter, **25**:12-3

Health care system, **4**:28,36-40; **5**:37-8; **6**:22-4; **9**:17-8,29-30,38,40; **11**:16-7; **12**:22-3,30-1,36-7,40; **13**:42,66-7,96-9; **15**:28-30; **17**:20-1; **22**:36-7; **23**:16-7; **48**:36-8; **50**:15,25-6; **52**:16,18; **54**:26-8; **55**:15-7, 19-20; **56**:67-70; **57**:21,24; **58**:24-6; **59**:63-7,69-70,72-3; **62**:18-9; **63**:12,34,54-5; **65**:33-5,48-9

Organization meeting, **1**:9-11

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **51**:16-7

Ferretti Barth, Hon. Marisa

Health care system, **4**:25

Forrestall Hon. J. Michael

Bill S-14, **8**:16-7

Gauthier, Hon. Jean-Robert

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **51**:12-4,21-3,24; **66**:86-90,115-6,119-21

Grafstein, Hon. Jeremiah S.

Bill C-11, **27**:52,63-6,88-90; **29**:16-7,24-5

Health care system, **18**:22-4,29-31

Graham, Hon. B. Alasdair

Bill C-2, **10**:19,28,44-6,48,52

Bill S-12, **24**:13-5,29-31,39

Bill S-14, **8**:17-8,23

Bill S-21, subject-matter, **25**:10-2

Health care system, **2**:26-7,42-3; **3**:20-3,36; **6**:16-9,32-4; **7**:18-20; **9**:19-21,28-9,39-40; **12**:24-6,37-8; **14**:25-7; **15**:17-9,35-7; **18**:27-8, 31; **19**:12-3,25-6,36-7,42,50-2; **20**:9-10,31-2,50-1; **21**:12,14; **22**:43-4; **23**:13-6,22

Johnstone, Hon. Archibald, H., Former Senator

Health care system, **43**:39

Joyal, Hon. Serge

Health care system, **18**:18-21,30-2

Keon, Hon. Wilbert Joseph

Bill C-11, **27**:88; **28**:41-2; **29**:22

Bill S-12, **24**:31-2

Health care system, **2**:20-1,43-5,49; **4**:33-5; **6**:24-7; **13**:33,69-71,95; **15**:21-2,32,37; **20**:20-3,39-41; **21**:7-8,21-3; **22**:40; **30**:17,20-1,37-8, 48-51,62-4,66,79-80; **31**:18-9,21-3,38-42,53,54,62-3,75,84; **32**:15-7, 35,44-6,84-5,107-8,123,136-7; **33**:10-5,50,69-72,90,105,109-10, 127-8; **34**:15-9,22-3,41-2; **37**:10-2,35-9,55-9,93-6,122-5; **38**:14-8, 29,31,36,52-7,72-3; **39**:23-5,44-6,59,73-4,86-7; **40**:9-10,26-30,34, 63-4,81-4; **48**:21,25-6; **52**:31; **53**:46-7,53,57-8,79,91-2; **54**:11; **55**:31; **56**:35-6,38-9,59,71; **58**:26-7,29; **59**:42-3,59-61; **62**:13-5; **63**:63-4; **64**:28-9; **65**:19-22,55-7

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:35,56-8,93-4,112-4

Kirby, Hon. Michael J.L., Chairman of the Committee

Bill C-2, **10**:8,13,19,21,23-4,27-9,44,46,50-2

Bill C-11, **26**:6,22,30,35-7,41,43,46,50-1,56,58-60,66-7,82-4,87-8,90; **27**:6,22-3,28-9,36,40,47-8,51,55,65-6,71,73,78-9,81-2,87,93,97, 101-2; **28**:5,11-2,17-9,31,35-6,50,59,62-3,68,80-1,89,95,100-1,103; **29**:5,16,20,24,41; **36**:11-3

Di Nino, honorable Consiglio

Projet de loi C-11, **26**:6,15-8,33-5,37-8,42,44-5,61-5,74-7,88-90; **27**:23-7,49-50; **28**:13-4,36-40,65-7,75-6,101-3; **29**:19-24; **35**:19-20, 29-31,40-1,43-4,62-3; **36**:11-3

Fairbairn, honorable Joyce

Projet de loi C-2, **10**:21,51

Projet de loi C-11, **26**:18-9,21,39,53-6,80-1,90; **27**:36-7,75-6,84;

28:47,63-4,78-9,100-1; **29**:17-8

Projet de loi S-14, **8**:17,25-6

Projet de loi S-21, teneur, **25**:12-3

Réunion d'organisation, **1**:9-11

Santé, système, **4**:28,36-40; **5**:37-8; **6**:22-4; **9**:17-8,29-30,38,40;

11:16-7; **12**:22-3,30-1,36-7,40; **13**:42,66-7,96-9; **15**:28-30; **17**:20-1;

22:36-7; **23**:16-7; **48**:36-8; **50**:15,25-6; **52**:16,18; **54**:26-8; **55**:15-7,

19-20; **56**:67-70; **57**:21,24; **58**:24-6; **59**:63-7,69-70,72-3; **62**:18-9;

63:12,34,54-5; **65**:33-5,48-9

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **51**:16-7

Ferretti Barth, honorable Marisa

Santé, système, **4**:25

Forrestall, honorable J. Michael

Projet de loi S-14, **8**:16-7

Gauthier, honorable Jean-Robert

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **51**:12-4,21-3,24; **66**:86-90,115-6,119-21

Grafstein, honorable Jeremiah S.

Projet de loi C-11, **27**:52,63-6,88-90; **29**:16-7,24-5

Santé, système, **18**:22-4,29-31

Graham, honorable B. Alasdair

Projet de loi C-2, **10**:19,28,44-6,48,52

Projet de loi S-12, **24**:13-5,29-31,39

Projet de loi S-14, **8**:17-8,23

Projet de loi S-21, teneur, **25**:10-2

Santé, système, **2**:26-7,42-3; **3**:20-3,36; **6**:16-9,32-4; **7**:18-20; **9**:19-21, 28-9,39-40; **12**:24-6,37-8; **14**:25-7; **15**:17-9,35-7; **18**:27-8,31;

19:12-3,25-6,36-7,42,50-2; **20**:9-10,31-2,50-1; **21**:12,14; **22**:43-4;

23:13-6,22

Johnstone, honorable Archibald, H., ancien sénateur

Santé, système, **43**:39

Joyal, honorable Serge

Santé, système, **18**:18-21,30-2

Keon, honorable Wilbert Joseph

Projet de loi C-11, **27**:88; **28**:41-2; **29**:22

Projet de loi S-12, **24**:31-2

Santé, système, **2**:20-1,43-5,49; **4**:33-5; **6**:24-7; **13**:33,69-71,95;

15:21-2,32,37; **20**:20-3,39-41; **21**:7-8,21-3; **22**:40; **30**:17,20-1,

37-8,48-51,62-4,66,79-80; **31**:18-9,21-3,38-42,53,54,62-3,75,84;

32:15-7,35,44-6,84-5,107-8,123,136-7; **33**:10-5,50,69-72,90,105,

109-10,127-8; **34**:15-9,22-3,41-2; **37**:10-2,35-9,55-9,93-6,122-5;

38:14-8,29,31,36,52-7,72-3; **39**:23-5,44-6,59,73-4,86-7; **40**:9-10,

26-30,34,63-4,81-4; **48**:21,25-6; **52**:31; **53**:46-7,53,57-8,79,91-2;

54:11; **55**:31; **56**:35-6,38-9,59,71; **58**:26-7,29; **59**:42-3,59-61;

62:13-5; **63**:63-4; **64**:28-9; **65**:19-22,55-7

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:35,56-8,93-4,112-4

Kirby, honorable Michael J.L., président du Comité

Projet de loi C-2, **10**:8,13,19,21,23-4,27-9,44,46,50-2

Projet de loi C-11, **26**:6,22,30,35-7,41,43,46,50-1,56,58-60,66-7,82-4, 87-8,90; **27**:6,22-3,28-9,36,40,47-8,51,55,65-6,71,73,78-9,81-2,87, 93,97,101-2; **28**:5,11-2,17-9,31,35-6,50,59,62-3,68,80-1,89,95, 100-1,103; **29**:5,16,20,24,41; **36**:11-3

Kirby, Hon. Michael J.L., Chairman of the Committee —Cont'd

Bill S-12, 24:7,17,26,28,33,35,42
 Bill S-14, 8:13,16,26-7
 Bill S-21, subject-matter, 25:10,20,26,32,34-5,39-40
 Health care system, 2:8,12,17-8,24-5,29-30,32,39-40,49-50; 4:5,9-10,14,16-7,19,21-2,26,33,42-5; 5:5,13,15,18,21,23-7,38-40; 6:18,30-2; 7:4,6-11,13-5,23-5; 9:5,9,11-2,21,26-8,31-4,37-41; 11:4,11-3,18,20-1,24,30,33-5; 12:4,8,10,13,18,20-2,24,31,34-6,38-40; 13:5-6,20-1,27,31,35-7,43-4,49,53,59,63-4,70,73,80,87,91,93-4,98-100; 14:6-7,9-10,14-5,18-21,25-6,31-4; 15:4,8-11,15-7,20,25-8,31-3,35,38-9; 16:5,12-6,19-20,23-4,28-9,33,35,37,39-41,44,49,56,61,63-8,70-1,73-4,77; 17:4,18,22,27-30; 18:4-5,9-10,15,17-8,21,24,29,31-3; 19:5-7,10,14-20,22-6,29,33-4,37,43,48-50,57-8; 20:5,7-9,13,19-20,25-7,29,33,42-3,46,52-4; 21:4-7,10-1,24-5; 22:13,30-1,35-6,39-41,45-6; 30:5,7,10-2,16,22-4,29,32-7,40-5,50-3,56,59,61-8,71,74,76,79-82,84,87,90-1,94-8; 31:5,7-8,10,22,24-9,33,37,44-5,48,55,57-9,63-8,70,73,76,79-80,83,85; 32:6,12,18,20-2,29-30,35-6,43,50-1,54-5,75-6,80-1,85,87-92,97,101,104-6,109,130,132-3,137-40; 33:5,9-10,19-21,28,36,41,42-3,46,48,51,55,59,64,66,68-9,72-4,79,81-2,91-7,102-3,106,111,113,122-4,128; 34:4,6-7,12-5,19,22,26,29,31-3,35-6,42; 37:5,7-8,15-9,28,43,45-6,48,52-63,78-9,84,91-3,98,102,105,109,116-7,120,123,129,140,144-5; 38:5,7,63-4,67-8,78; 39:5,12,17,23,29,33,43-4,48-9,54-5,58-62,68,70-3,75-82,84-9,92-6; 40:10-1,39-40,46-8,51-3,56-61,66-8,71,74-5,78,85,87-8; 41:5,8-9,11,14-5,18-9,21,24-6,32,37,39,43-6,56-9,68-9,71-4,77-80; 42:6,10,14,21,26-30,43-4,47-8,60,65-6,75-6,81-2,90-3,97-100,106,112,115-9; 50:7,10-9,21-2,27; 52:4,11-3,29,33; 53:5,8,10,15-6,18,22,34-6,38-41,43,46,48-54,57-8,60-2,64-6,69-70,73,76,79,83-4,86-7,90,92,96; 54:4,7-9,12-3,17-9,21,25,29-30; 56:5,15-20,24,27,37-44,51,53-4,57,65,70-2; 59:4,16-20,22,24-9,31-3,36,40-3,45-7,49,58,60-2,64,69,71,73-5,77-8; 60:4,9-10,12-3,18-9,23-4,29-30,33-4,36-9,43,45; 61:4,7,18-9,21,33; 62:4,10-3,15-7,20-2,24; 63:5,9-12,15,20,34-5,38-43,52-4,57-8,61,63-5; 64:5,8-10,12,14,18-9,20-2,24-5,30,34-6; 65:4,14-8,22-3,27,30-1,40,43-6
 Organization meeting, 1:9-16

Lawson, Hon. Edward M.

Bill C-2, 10:17-9
 Health care system, 33:39-42,78-9; 34:25-7,38-9

LeBreton, Hon. Marjory, Deputy Chairman of the Committee

Bill C-2, 10:38-9,46,51-2
 Bill C-11, 26:27-8,35,39-42,46,50-3,58-9,77-80; 27:17-9,21,77-8,84-6; 28:14-7,40-1,49,62-3,89-92; 29:10-4,35-6; 35:5,10,22,32,38,51,52,57-8,60,64
 Bill S-12, 24:11-3,16-7,26-8,40-1
 Bill S-14, 8:21-3
 Bill S-21, subject-matter, 25:5,10,20,39
 Health care system, 2:17-9,40-1; 3:4,18,24,29,36; 4:9,23-4,27-8; 5:27-31; 6:5,12,22,34; 7:10,17-9; 9:12-3; 11:13-5; 12:18; 13:17-9,20,79,91-2,96; 14:22-5,28; 15:30-1; 17:18-20; 19:8-9,31-3,54-5; 20:17-9,33-5; 21:10-2; 23:4,10,17-8,22; 32:12-4,31-3,50,52,55,60,66,68-70,75,101-4,112-3,122,125-6,134-5; 33:28-30,78,106-8; 34:19-23,36-8,41; 37:14-5,28-32,63,70-3,77-8,97-8,100-1,120-1; 38:5,8,24,28-9,41,46,48,56-7,70-1,75-6,78-9,85,87-8,92-9; 42:13-4,31-4,61,63,76-9,95-7,106-11,119,122,130-1,145; 43:5,9,20-2,29-31,39,45-6,51,60-1,65-7,70,83,85,89,93-4; 44:5,12,20,27,35,38,42-3,47,52-4,56,58-62,65,68,72,75-8,82,86-7; 48:5,13,22-3,25,29-30,35-6,39; 49:5,12,27-8,30-2,36; 52:14-5; 53:22,68,95-6; 54:18,24; 55:4-7,13,32; 56:20-4,69; 57:4,10-2,17-8,30,33; 58:4,11-3,20; 63:11,20,28,32-3,53-4; 64:25-6; 65:23,25-6,46
 Organization meeting, 1:10-3,15-6

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, 66:92

Léger, Hon. Viola

Health care system, 39:28,87-8; 41:19; 42:42,143-4; 43:20,69-70; 44:56,61-2,86
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, 66:34,54,90-1,121-2

Kirby, honorable Michael J.L., président du Comité —Suite

Projet de loi S-12, 24:7,17,26,28,33,35,42
 Projet de loi S-14, 8:13,16,26-7
 Projet de loi S-21, teneur, 25:10,20,26,32,34-5,39-40
 Réunion d'organisation, 1:9-16
 Santé, système, 2:8,12,17-8,24-5,29-30,32,39-40,49-50; 4:5,9-10,14,16-7,19,21-2,26,33,42-5; 5:5,13,15,18,21,23-7,38-40; 6:18,30-2; 7:4,6-11,13-5,23-5; 9:5,9,11-2,21,26-8,31-4,37-41; 11:4,11-3,18,20-1,24,30,33-5; 12:4,8,10,13,18,20-2,24,31,34-6,38-40; 13:5-6,20-1,27,31,35-7,43-4,49,53,59,63-4,70,73,80,87,91,93-4,98-100; 14:6-7,9-10,14-5,18-21,25-6,31-4; 15:4,8-11,15-7,20,25-8,31-3,35,38-9; 16:5,12-6,19-20,23-4,28-9,33,35,37,39-41,44,49,56,61,63-8,70-1,73-4,77; 17:4,18,22,27-30; 18:4-5,9-10,15,17-8,21,24,29,31-3; 19:5-7,10,14-20,22-6,29,33-4,37,43,48-50,57-8; 20:5,7-9,13,19-20,25-7,29,33,42-3,46,52-4; 21:4-7,10-1,24-5; 22:13,30-1,35-6,39-41,45-6; 30:5,7,10-2,16,22-4,29,32-7,40-5,50-3,56,59,61-8,71,74,76,79-82,84,87,90-1,94-8; 31:5,7-8,10,22,24-9,33,37,44-5,48,55,57-9,63-8,70,73,76,79-80,83,85; 32:6,12,18,20-2,29-30,35-6,43,50-1,54-5,75-6,80-1,85,87-92,97,101,104-6,109,130,132-3,137-40; 33:5,9-10,19-21,28,36,41,42-3,46,48,51,55,59,64,66,68-9,72-4,79,81-2,91-7,102-3,106,111,113,122-4,128; 34:4,6-7,12-5,19,22,26,29,31-3,35-6,42; 37:5,7-8,15-9,28,43,45-6,48,52-63,78-9,84,91-3,98,102,105,109,116-7,120,123,129,140,144-5; 38:5,7,63-4,67-8,78; 39:5,12,17,23,29,33,43-4,48-9,54-5,58-62,68,70-3,75-82,84-9,92-6; 40:10-1,39-40,46-8,51-3,56-61,66-8,71,74-5,78,85,87-8; 41:5,8-9,11,14-5,18-9,21,24-6,32,37,39,43-6,56-9,68-9,71-4,77-80; 42:6,10,14,21,26-30,43-4,47-8,60,65-6,75-6,81-2,90-3,97-100,106,112,115-9; 50:7,10-9,21-2,27; 52:4,11-3,29,33; 53:5,8,10,15-6,18,22,34-6,38-41,43,46,48-54,57-8,60-2,64-6,69-70,73,76,79,83-4,86-7,90,92,96; 54:4,7-9,12-3,17-9,21,25,29-30; 56:5,15-20,24,27,37-44,51,53-4,57,65,70-2; 59:4,16-20,22,24-9,31-3,36,40-3,45-7,49,58,60-2,64,69,71,73-5,77-8; 60:4,9-10,12-3,18-9,23-4,29-30,33-4,36-9,43,45; 61:4,7,18-9,21,33; 62:4,10-3,15-7,20-2,24; 63:5,9-12,15,20,34-5,38-43,52-4,57-8,61,63-5; 64:5,8-10,12,14,18-9,20-2,24-5,30,34-6; 65:4,14-8,22-3,27,30-1,40,43-6

Lawson, honorable Edward M.

Projet de loi C-2, 10:17-9
 Santé, système, 33:39-42,78-9; 34:25-7,38-9

LeBreton, honorable Marjory, vice-présidente du Comité

Projet de loi C-2, 10:38-9,46,51-2
 Projet de loi C-11, 26:27-8,35,39-42,46,50-3,58-9,77-80; 27:17-9,21,77-8,84-6; 28:14-7,40-1,49,62-3,89-92; 29:10-4,35-6; 35:5,10,22,32,38,51,52,57-8,60,64
 Projet de loi S-12, 24:11-3,16-7,26-8,40-1
 Projet de loi S-14, 8:21-3
 Projet de loi S-21, teneur, 25:5,10,20,39
 Réunion d'organisation, 1:10-3,15-6
 Santé, système, 2:17-9,40-1; 3:4,18,24,29,36; 4:9,23-4,27-8; 5:27-31; 6:5,12,22,34; 7:10,17-9; 9:12-3; 11:13-5; 12:18; 13:17-9,20,79,91-2,96; 14:22-5,28; 15:30-1; 17:18-20; 19:8-9,31-3,54-5; 20:17-9,33-5; 21:10-2; 23:4,10,17-8,22; 32:12-4,31-3,50,52,55,60,66,68-70,75,101-4,112-3,122,125-6,134-5; 33:28-30,78,106-8; 34:19-23,36-8,41; 37:14-5,28-32,63,70-3,77-8,97-8,100-1,120-1; 38:5,8,24,28-9,41,46,48,56-7,70-1,75-6,78-9,85,87-8,92-9; 42:13-4,31-4,61,63,76-9,95-7,106-11,119,122,130-1,145; 43:5,9,20-2,29-31,39,45-6,51,60-1,65-7,70,83,85,89,93-4; 44:5,12,20,27,35,38,42-3,47,52-4,56,58-62,65,68,72,75-8,82,86-7; 48:5,13,22-3,25,29-30,35-6,39; 49:5,12,27-8,30-2,36; 52:14-5; 53:22,68,95-6; 54:18,24; 55:4-7,13,32; 56:20-4,69; 57:4,10-2,17-8,30,33; 58:4,11-3,20; 63:11,20,28,32-3,53-4; 64:25-6; 65:23,25-6,46

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, 66:92

Léger, honorable Viola

Santé, système, 39:28,87-8; 41:19; 42:42,143-4; 43:20,69-70; 44:56,61-2,86
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, 66:34,54,90-1,121-2

Losier-Cools, Hon. Rose-Marie

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **51**:17-8; **66**:26-7,49-50,53-4,61-2,83-5,92,121

Maheu, Hon. Shirley

Health care system, **39**:27; **40**:52,94-5,99

Milne, Hon. Lorna

Bill S-12, **24**:32

Morin, Hon. Yves, Acting Chairman (issues 51 and 66)

Bill C-11, **26**:6; **27**:36,38; **28**:102; **35**:57-8

Bill S-14, **8**:25

Bill S-21, subject-matter, **25**:17-9

Health care system, **2**:21-4,27,30,44-5,48; **3**:26-9,34; **4**:15-6,19,23,30-1,33,36,44; **5**:27,34-7; **6**:18,20-1,28,30-2; **7**:6-7,9,11,14-6,19,21-2; **9**:16,27-8,30-2,34; **11**:12,17-8,30,34-5; **12**:22,25-7,38-40; **13**:27-8,31,72,90,98; **14**:9,18-9,21,25,27,32; **15**:12,14-5,31,33-4; **16**:14-5,18,22-3,39,45-7,49,65,67-9,77; **18**:30,32-3; **19**:10-1,20,26-7,29; **20**:10-2,36-9; **21**:6,15-6,24-5; **22**:31-3,35-6,45; **23**:10-3,18-20; **30**:12-6,34-5,40-1,45-7,66-7,82-3,91-2; **31**:13-5,27-8,34-5,37-8,44,48-52,60-1,64-5,72-3,82-3; **32**:14-5,26,30,34,46-9,58,66-7,81-3,85,88-9,122-4,133-4,136-7; **33**:15,36-8,62-6,86-9,103-6,124-7; **37**:101-2,117-9,144-5; **38**:5,8-11,34,48-9,51-2,56,69-70; **39**:12-5,36-8,59,68-70,81-2,84-5; **40**:5,8-9,13-7,20-1,24,26,29-34,40-5,47,51-4,60-2,66,85-6,89,93-5,99-100; **48**:13-22,34; **49**:18-21,25,28-32; **50**:13,16,22-5; **52**:18-22; **53**:29-30,40,65,71,84,86,92; **54**:13-4,18-9; **55**:20-1,23,25; **56**:31-4,39,51-5,62-4,70; **57**:17,20,29-32; **58**:13-6,19,23-4; **59**:22-3,25,28-32,40,45,66,69-71,73-7; **60**:19-26,29,37,39; **61**:18-9; **62**:15-7; **63**:17-9,24,27,35-7,41-2,52,55-8,65; **64**:8-10,17-8,29-30; **65**:29-32,36-7,54-5

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **51**:4,10-2,17-8,23-5; **66**:9,12,15,17,20,22-38,40,43,46,48,56,59-60,63,67,69-71,74,76,79,81,83,86,89-93,96-7,101,104,112,115-25

Murray, Hon. Lowell

Bill C-2, **10**:11-5,20,25-7,40-5,47-8,50-1

Bill S-14, **8**:18,26

Pépin, Hon. Lucie

Bill C-11, **27**:74-5,77; **28**:12-3,77-8,93; **29**:36-7

Bill S-12, **24**:16,28-9

Health care system, **11**:28; **19**:11-2,14,16-7,27-8,33-6,49-50; **20**:44-5; **21**:19,29; **30**:11,19-20,52,71-4,81-3,93-4; **31**:7,10-3,16-8,25-7,43-4,52-3,73-5,83; **32**:21,33,69,71-3; **39**:17-20,43-5,61; **40**:11-2,34-40,95-9; **50**:15-7,24; **53**:46,79-81; **54**:9-11; **57**:16-9,27; **58**:19-21; **61**:14-5,23,27-9,31; **63**:17,30,39,60; **64**:14-6,19-20,30-2; **65**:37,57

Organization meeting, **1**:13

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **51**:15,20; **66**:20-2,25,33,48-51,54-6,63,68-70,81-2,122-4

Prud'homme, Hon. Marcel

Bill C-11, **27**:50-1,92-3; **29**:38-40

Robertson, Hon. Brenda

Bill C-2, **10**:15-7,28

Bill C-11, **27**:37-9; **28**:16-7,44-7; **29**:32-4

Health care system, **4**:25-7,36,40; **5**:31-3,39; **6**:27-9; **9**:14-5,27-8,31; **13**:21-3; **14**:22,28-30,32; **15**:23-7; **16**:21-2,54-6; **17**:27-9; **20**:15-7,47; **21**:17-8; **22**:42-3; **37**:8-9,40-3,61-3,73-5,125-9; **38**:21-3,35-8,75-7,92-3,97; **39**:20-3,40-1,55-7,71-3,94; **40**:65,88-9; **41**:12-4,18,37-9,42,60-4,75-8; **42**:15-7,34-5,58-61,93-5,115-7,132,134,136; **44**:15-9,35-8,54-5,58-9,69-72,80-2,87; **52**:26; **53**:36-7,43,70,93-5; **54**:15-6,19-20; **55**:8-9,13; **59**:34-9,50-1,59; **60**:13-6,34-5,43; **62**:19-22; **63**:13-4,16-7,21,33-4,38,58-9,63; **64**:10-2,16-7,26-8,33; **65**:39,49-54

Organization meeting, **1**:12

Robichaud, Hon. Fernand

Bill C-11, **35**:51,63-4

Losier-Cools, honorable Rose-Marie

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **51**:17-8; **66**:26-7,49-50,53-4,61-2,83-5,92,121

Maheu, honorable Shirley

Santé, système, **39**:27; **40**:52,94-5,99

Milne, honorable Lorna

Projet de loi S-12, **24**:32

Morin, honorable Yves, président suppléant (fascicules 51 et 66)

Projet de loi C-11, **26**:6; **27**:36,38; **28**:102; **35**:57-8

Projet de loi S-14, **8**:25

Projet de loi S-21, teneur, **25**:17-9

Santé, système, **2**:21-4,27,30,44-5,48; **3**:26-9,34; **4**:15-6,19,23,30-1,33,36,44; **5**:27,34-7; **6**:18,20-1,28,30-2; **7**:6-7,9,11,14-6,19,21-2; **9**:16,27-8,30-2,34; **11**:12,17-8,30,34-5; **12**:22,25-7,38-40; **13**:27-8,31,72,90,98; **14**:9,18-9,21,25,27,32; **15**:12,14-5,31,33-4; **16**:14-5,18,22-3,39,45-7,49,65,67-9,77; **18**:30,32-3; **19**:10-1,20,26-7,29; **20**:10-2,36-9; **21**:6,15-6,24-5; **22**:31-3,35-6,45; **23**:10-3,18-20; **30**:12-6,34-5,40-1,45-7,66-7,82-3,91-2; **31**:13-5,27-8,34-5,37-8,44,48-52,60-1,64-5,72-3,82-3; **32**:14-5,26,30,34,46-9,58,66-7,81-3,85,88-9,122-4,133-4,136-7; **33**:15,36-8,62-6,86-9,103-6,124-7; **37**:101-2,117-9,144-5; **38**:5,8-11,34,48-9,51-2,56,69-70; **39**:12-5,36-8,59,68-70,81-2,84-5; **40**:5,8-9,13-7,20-1,24,26,29-34,40-5,47,51-4,60-2,66,85-6,89,93-5,99-100; **48**:13-22,34; **49**:18-21,25,28-32; **50**:13,16,22-5; **52**:18-22; **53**:29-30,40,65,71,84,86,92; **54**:13-4,18-9; **55**:20-1,23,25; **56**:31-4,39,51-5,62-4,70; **57**:17,20,29-32; **58**:13-6,19,23-4; **59**:22-3,25,28-32,40,45,66,69-71,73-7; **60**:19-26,29,37,39; **61**:18-9; **62**:15-7; **63**:17-9,24,27,35-7,41-2,52,55-8,65; **64**:8-10,17-8,29-30; **65**:29-32,36-7,54-5

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **51**:4,10-2,17-8,23-5; **66**:9,12,15,17,20,22-38,40,43,46,48,56,59-60,63,67,69-71,74,76,79,81,83,86,89-93,96-7,101,104,112,115-25

Murray, honorable Lowell

Projet de loi C-2, **10**:11-5,20,25-7,40-5,47-8,50-1

Projet de loi S-14, **8**:18,26

Pépin, honorable Lucie

Projet de loi C-11, **27**:74-5,77; **28**:12-3,77-8,93; **29**:36-7

Projet de loi S-12, **24**:16,28-9

Réunion d'organisation, **1**:13

Santé, système, **11**:28; **19**:11-2,14,16-7,27-8,33-6,49-50; **20**:44-5;

21:19,29; **30**:11,19-20,52,71-4,81-3,93-4; **31**:7,10-3,16-8,25-7,43-4,52-3,73-5,83; **32**:21,33,69,71-3; **39**:17-20,43-5,61; **40**:11-2,34-40,95-9; **50**:15-7,24; **53**:46,79-81; **54**:9-11; **57**:16-9,27; **58**:19-21;

61:14-5,23,27-9,31; **63**:17,30,39,60; **64**:14-6,19-20,30-2; **65**:37,57

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **51**:15,20; **66**:20-2,25,33,48-51,54-6,63,68-70,81-2,122-4

Prud'homme, honorable Marcel

Projet de loi C-11, **27**:50-1,92-3; **29**:38-40

Robertson, honorable Brenda

Projet de loi C-2, **10**:15-7,28

Projet de loi C-11, **27**:37-9; **28**:16-7,44-7; **29**:32-4

Réunion d'organisation, **1**:12

Santé, système, **4**:25-7,36,40; **5**:31-3,39; **6**:27-9; **9**:14-5,27-8,31; **13**:21-3; **14**:22,28-30,32; **15**:23-7; **16**:21-2,54-6; **17**:27-9; **20**:15-7,47; **21**:17-8; **22**:42-3; **37**:8-9,40-3,61-3,73-5,125-9; **38**:21-3,35-8,75-7,92-3,97; **39**:20-3,40-1,55-7,71-3,94; **40**:65,88-9; **41**:12-4,18,37-9,42,60-4,75-8; **42**:15-7,34-5,58-61,93-5,115-7,132,134,136; **44**:15-9,35-8,54-5,58-9,69-72,80-2,87; **52**:26; **53**:36-7,43,70,93-5; **54**:15-6,19-20; **55**:8-9,13; **59**:34-9,50-1,59; **60**:13-6,34-5,43; **62**:19-22; **63**:13-4,16-7,21,33-4,38,58-9,63; **64**:10-2,16-7,26-8,33; **65**:39,49-54

Robichaud, honorable Fernand

Projet de loi C-11, **35**:51,63-4

Roche, Hon. Douglas James

Bill C-11, 27:33-1,54-5,64-6,86-7; 28:48-9,73-5,94; 29:31; 35:16-9, 45-51,60-1; 36:13
 Bill S-12, 24:26
 Bill S-14, 8:19-20
 Bill S-21, subject-matter, 25:14-5
 Health care system, 2:24-5; 3:18-20; 13:37-9; 16:18-9,41-4; 32:18-20, 33-5,52,54,85-7,89-90,140; 33:73-8,95-6,106,120-2; 50:18-20; 53:71-2,76,78-9,88-9; 54:23-6; 56:27-30,60-2,65-7,72; 57:24-5; 60:29-31,33-6

Rompkey, Hon. William

Bill C-11, 35:51,63
 Health care system, 2:25-6,49

St. Germain, Hon. Gerry

Health care system, 33:32-5,38,41,83-6,89,105; 34:13,23-6,28,40-2

Stollery, Hon. Peter

Bill C-11, 26:26,28-30

Stratton, Hon. Nicholas W.

Health care system, 30:68-70

Wilson, Hon. Lois

Bill C-11, 27:100-1; 28:35

Roche, honorable Douglas James

Projet de loi C-11, 27:33-1,54-5,64-6,86-7; 28:48-9,73-5,94; 29:31; 35:16-9,45-51,60-1; 36:13
 Projet de loi S-12, 24:26
 Projet de loi S-14, 8:19-20
 Projet de loi S-21, teneur, 25:14-5
 Santé, système, 2:24-5; 3:18-20; 13:37-9; 16:18-9,41-4; 32:18-20,33-5, 52,54,85-7,89-90,140; 33:73-8,95-6,106,120-2; 50:18-20; 53:71-2, 76,78-9,88-9; 54:23-6; 56:27-30,60-2,65-7,72; 57:24-5; 60:29-31, 33-6

Rompkey, honorable William

Projet de loi C-11, 35:51,63
 Santé, système, 2:25-6,49

St. Germain, honorable Gerry

Santé, système, 33:32-5,38,41,83-6,89,105; 34:13,23-6,28,40-2

Stollery, honorable Peter

Projet de loi C-11, 26:26,28-30

Stratton, honorable Nicholas W.

Santé, système, 30:68-70

Wilson, honorable Lois

Projet de loi C-11, 27:100-1; 28:35

SUBJECTS

Bill C-2 – An Act to amend the Employment Insurance Act and the Employment Insurance (Fishing) Regulations
 Discussion, 10:8-52

Bill C-6 – Personal Information Protection and Electronic Documents Act (2nd Session, 36th Parliament)
 Discussion, 45:27-34

Bill C-11 – Immigration and Refugee Protection Act
 Discussion, 26:6-90; 27:6-102; 28:5-103; 29:5-41; 35:5-64; 36:11-3

Bill S-12 – An Act to amend the Statistics Act and the National Archives of Canada Act (census records)
 Discussion, 24:7-42; 45:20-5

Bill S-14 – An Act respecting Sir John A. Macdonald Day and Sir Wilfred Laurier Day
 Discussion, 8:13-27

Bill S-21 – Privacy Rights Charter, subject-matter
 Discussion, 25:5-40; 45:25-7

Census records, historical

Access for research purposes versus privacy right, 24:7,8-10,19-20, 26-8,31-2,33-4,35-6; 45:22-5,33-4
 Broad based consultation, 24:21,26,28,29,32-3,38-9
 Confidentiality and delays, 24:8,10-1,17-9,20-1,22-4,29-30,34-5,37-8, 40-2; 45:9
 Deemed consent, 24:12,13-4,23,25-6,31,32,39
 Medical and genealogical research, importance, 24:7-8,9,15-7,24-5, 30-1,36-7,39-40; 45:9-10,21-2
 Objections, written, 24:11-3,14-5,21-2,23,28-9; 45:10

Electronic commerce, personal information, protection

Health care, medical information, confidentiality, concerns, 45:17-9, 27-33

SUJETS**Assurance-emploi**

Admissibilité, conditions, 10:9-10,16-9
 Affaire Lesiuk, 10:11-2,37-8,40,49
 Chômeurs non-prestataires, 10:15-6,40-1
 Travailleurs saisonniers, récidivistes et femmes, 10:34,35-6,38-9,43, 44,49-50
 Changements, évaluation, besoin, 10:8-9,11,20-1,33-4,48-9
 Cotisation, taux, compte, excédent, 10:10,12-5,16,21-30,42-3,44,45-8
 Compte autonome et indépendant, suggestion, 10:32,36-7,39-40,41-2
 Réduction, exemption annuelle de base, suggestion, 10:30-1,33,38,39
 Règle de l'intensité et récupération, 10:9,19,30,34-5,39

Charte du droit à la vie privée

Constitution, reconnaissance, 25:8,10,11-4,21-2,25-6,28-30,32-3,37-8; 45:11-2,13-4,25-7
 Droit civil versus maintien de l'ordre, 25:5-7,13,14-5,17-8,19-21, 31-2,33-5; 45:12-3,14
 Vie privée, atteinte et abus, exemples justificatifs, 25:15-9,28,29; 45: 15
 Engagement international, 25:7-8,10-1,22; 45:13,14-5
 Législations, compatibilité et préséance, 25:8-9,23,24,27-8,30,38; 45:11,12,14,16
 Litige, Commissaire à la vie privée versus tribunaux, 25:9,12,19-20,21, 22-6,30-1,35-7; 45:13,15-6

Commerce électronique, renseignements personnels, protection

Santé, dossiers médicaux, confidentialité, craintes, 45:17-9,27-33

Immigration et protection des réfugiés

Admissibilité, immigrants et réfugiés, triage, contrôle, renforcement, 26:64,67-8,70-2; 27:14,17-8,19,23,35-6,37-8,41,65-6; 28:21,29; 29:21-2; 35:21-2
 Apatrides, responsabilité, 26:25-6; 28:75; 35:16
 Avocats, utilité, 26:60-1; 28:54-5,92-3; 35:23-4,26,30-1
 Camps de réfugiés, sélection, 26:11; 28:69-70,76-7
 Cas, traitement, arriéré, 26:50-1,54-5,56-9,67,69,75-6; 27:9,19-20,23, 27,37; 28:27-8,84; 29:12,13-4; 35:9,29,45; 36:5
 Comité de surveillance des activités de renseignement de sécurité, rôle, 27:42,47-9,51-2,59,95; 28:87-8

Employment Insurance

- Changes, monitoring, need, **10**:8-9,11,20-1,33-4,48-9
 Eligibility requirements, **10**:9-10,16-9
 Lesiuk case, **10**:11-2,37-8,40,49
 Seasonal workers, repeat offenders and women, **10**:34,35-6,38-9,43,44,49-50
 Unemployed not receiving benefits, **10**:15-6,40-1
 Intensity rule and clawback, **10**:9,19,30,34-5,39
 Premium rates, account, surpluses, **10**:10,12-5,16,21-31,42-3,44,45-8
 Reduction, yearly basic exemption, proposal, **10**:30-1,33,38,39
 Stand alone account, proposal, **10**:32,36-7,39-40,41-2

Health care system, federal role

- Aboriginal peoples, **11**:23; **16**:11,14-5,16,53,75; **24R**:xii,xxxiv; **31**:6,14,16; **32**:133; **44**:85-6; **46R**:57-8
 Aboriginal peoples living off reserve, **16**:15-6,35-7,46,47-9,65-6,67; **46R**:58
 Diabetes, epidemic, prevention, need, **9**:6,9-10; **16**:8,9,62-3,64,66-7,76; **31**:79-80; **32**:28,128; **37**:70; **40**:12-4; **46R**:61; **52**:17,18
 Drugs, **46R**:33
 Health and socio-economic profile, 2:27,28; 4:36; **4R**:110-1; **16**:6,9,11-2,18-20,22-6,30-1,32,34-5,36,37-8,42,43,44-5,49-50,52-4,57-8,61,65-7,76-7; **19**:19,20-1,34; **24R**:xxxv,xxxvii,7,24,122,129-30,134; **31**:36,45; **32**:22-3,27,28-9,30-1,133-4,138; **33**:110; **34**:7; **42**:111; **46R**:57,59-63,64-5,71-3,139,149; **52**:11,16,19
 Inuits, **16**:7,16,33-5,39-41,49; **32**:22-36; **46R**:57,64,70-1,72
 Metis and non status Indians, exclusion, **16**:29-33,45,53-4,58,67; **24R**:xxxvi,23-4,132; **31**:76-85; **32**:127,129; **46R**:57-8,64,69-70
 Research and studies, **16**:56-71; **24R**:xxxvii-xxxviii,135; **31**:82,84
 Seniors, living on or off reserve, **16**:16-7
 Services culturally adapted, aboriginal labour and education, need, **13**:41-2,84,85; **16**:8,10-1,12-3,17-8,19,41,42-4,45,46,50-2,54-6,57,59,60-2,68-9,70,71-7; **19**:42; **24R**:xxxvi-xxxvii,133-4,135; **31**:32,36-7,57,61-2,79,80-2; **32**:128-30,136; **33**:58-9,65-6,72,130; **42**:94,102,112,127; **44**:79-80,82-3; **46R**:72,80; **52**:16-8; **66**:22
 Services delivered, responsibility and accountability, **16**:5-10,12-4,20-2,26-8,33-7,38,40-2,46,47-9,51,52,69-70,73; **22**:45-6; **24R**:xxxv-xxxvi,xxxvii,24,131-2; **30**:27-8; **32**:15-7,26-30,33-6; **41**:51; **46R**:63,64,65-70,148-9; **52**:10
 Territorial governments, agreements, **16**:7,16,33-5; **46R**:63-4
 Women, **16**:38-41,43,52-3,72-3; **31**:43-4; **32**:136-7; **52**:19
 Accessibility, universality and quality, coverage, 2:39,40,46; 4:34-7; **4R**:47-8,50-1,102; 9:24; **12**:9-10; **15**:8-9; **22**:34; **24R**:x,xiii-xv,6,16-9,34-5,39,40,68-9; **32**:76-9; **33**:6-7,8-9; **34**:6,9-10; **37**:21-3,29-30,41-2,48-50; **38**:24-5,86; **39**:62-3; **40**:89-91; **42**:11,23-4,46-7,53-4,107-8; **43**:54-5; **44**:35-6; **49**:11-4; **53**:11-2,13,19-20,64-5; **60**:43
 Access in our own language, **30**:84-7,91,93-4; **32**:24-5,117-22,124-5; **42**:66,78-80; **43**:85; **44**:47-52,61-2; **51**:4-25; **66**:9-125
 Accidents and injuries, **37**:136-40; **40**:74,82-3; **42**:21,24,32,42
 Cancer clinic, **37**:5-19,53-4,134-6,144-5; **39**:85-6; **42**:116-7; **44**:18-9; **49**:10; **50**:16-7,25-6; **56**:67-8,70-1
 Centres of excellence and teaching universities, **11**:6; **53**:17,31-2,54,86,95; **56**:44,45,46-50,51,52-5,58-60,64-5,71; **59**:52-3; **63**:5-27; **65**:43
 Community based services and regionalization, 7:15; **22**:21,22; **24R**:53-4; **31**:29-3,34,37; **32**:10-1,13-4,16,36-55,98-100,130-1,132,134-5; **33**:27,98-100,108-9; **37**:110-2,114-6,118-20,122-6; **38**:14-5,27,31-2,44-5; **39**:9-10,12,23-4,30-1,37-40,46-8; **40**:26,27,39-40,94; **41**:16-9,34,46-7,56-7,60-2,67-8; **42**:52,59,85-6,91,96-7,127-30,137-9; **43**:37-44,45-8,50-1,53-4,59-60,71-2,74-5,83-6,93-4; **52**:11-2; **53**:41-2,57-8; **54**:11-2; **55**:19-20,25-32; **57**:13-4
 Family Health Network, **56**:5-7,8,9,18-9,22-3,24-5,33,54; **57**:6-10,12-3,15-21,24-5,29-33; **58**:15,23-4; **61**:5
 Fraud, influence, **42**:24-6,33-4,38-9,42,43
 Historical context, **4R**:5-6,7,31-4; **32**:77; **37**:45; **39**:5-6,33-4; **40**:18-9; **42**:28; **48**:5-6; **53**:50-1; **55**:9-13,28,31-2
 Hospital system, error, magnitude, information, **12**:9-11,28-9; **13**:57-8; **38**:6; **40**:40-1; **42**:28; **48**:5-6
 Implicit constitutional right, **18**:4-33; **24R**:37-8,40; **49**:14-5; **62**:10-1; **65**:53-4

Immigration et protection des réfugiés — Suite

- Admissibilité, immigrants et réfugiés, triage, contrôle, — *Suite*
 Comparation et entrevue, procédure, **26**:51-2,64-5; **28**:51-2,73-6; **35**:36
 Compétences linguistiques, importance, **35**:33-4,37,38,44,46
 Corps policiers, rôle, **26**:30-40,41-6,73,74-5,77; **29**:22-3
 Désistement, **26**:52-3; **29**:14,18-9; **36**:5
 Dossiers, réseau informatisé, accès, **26**:15,16-7,25,35,77; **29**:13
 Identité, documents, **26**:57-8; **27**:94-5; **28**:15,29-30,46,52,60,74-5,88-9,93-4
 Limite de 72 heures, **26**:16-7,20,55-6,67,69,75-6; **27**:26-7,52,54; **29**:8-9,28-9; **35**:37,40-3; **36**:5
 Main-d'œuvre qualifiée et gens d'affaires immigrants, **26**:9-10,38-9,88-90; **28**:8,13-4,68; **29**:30-1; **35**:31-2,33-4,44-5,46
 Organismes internationaux, ententes, **26**:21,26,39,42-4
 Raisons humanitaires, torture et persécution, **26**:28,29,48-9; **27**:43-7,54-5,56-7,64-5,97,98; **28**:25,27,37,69,70,71; **35**:35-6
 Renseignements, partage, importance, **26**:15-7,27-8,30-5,36,39-40,41-2,45,46,77; **28**:20,34-6,50,52-3,60; **29**:10,25-7,38; **35**:34
 Rigueur, manque, effet, **28**:5-6,19,23-5,28-32,37,38-9,42-3,45,46,50
 Sortie, contrôle, manque, **26**:38; **27**:18; **28**:6,30,66-7
 Tiers pays sûrs, notion, **28**:25-6,49,75-6; **29**:23-4; **35**:37,39-40; **36**:9
 Aides familiaux résidents, employés étrangers, craintes, **27**:71-2,75; **29**:9
 Appel, section, droits, **26**:47,48-9,53-4,62-3; **27**:16,45,53,60; **28**:67-8; **29**:12,37-40
 Contrôle judiciaire, **27**:11-2; **28**:22,59; **29**:14; **35**:8-10,14-5,16,26,29
 Effectifs, compétence et formation, **27**:12-3,36-7
 Restrictions, craintes, **26**:49-50; **27**:6-11,16-7,18-21,23,28-33,34,38-9,62-3,82-4,86,97,98; **28**:55-7,61-4,66,80-2,83-6,89-94; **29**:7; **35**:15-6,18-9,28-9; **36**:7-8,10
 Canada et États-Unis, frontière, sécurité, renforcement, **26**:15,16,18-9,23-4,40,72,79,99-100; **28**:21,27,45,46,66-7; **35**:44,54,55,56,57-8,60-1
 Crimes informatiques, **26**:45-6
 Criminalité transfrontalière, **26**:71-2,73
 États-Unis, immigrants illégaux, **26**:28-30,71; **27**:38
 Immigration, lois, comparaison, **27**:33-6,37-40,47,85; **28**:21-2,51,61
 Périmètre de sécurité nord-américain, **35**:48-51
 Tiers pays sûr, entente, **26**:18; **27**:36; **29**:23-4
 Changements, attentes, but et volonté politique, **27**:21-2,84-5,86-7,88,92,95-6,99; **28**:22-3,26-7,30-1,36-40,41-7,49-51,53,60,67,70-2; **29**:5-6,10-2,19-21,24-8,31-2,34-6,38-9
 Commission de l'immigration et du statut de réfugié, rôle, **26**:11-2,47-67,69-70,80-1; **27**:12-3; **28**:30,42-3,55-7; **29**:14,37-8; **35**:24-6; **36**:5,6
 Législation déléguée, craintes, **35**:26-7,29-30
 Constitutionnalité, droits de la personne, tribunaux, défis, craintes, **27**:27-9,33,42,58,86,91,93-4; **28**:22,32-5,36,45,48-9,72,73,80,85-6,89-93,94; **29**:6-7,14,17; **35**:17-20
 Arrêt *Singh*, **28**:18-9,20,31,54-5,66; **35**:20
 Consultants en immigration, réglementation, besoin, **28**:8-10,11-2,57-9,64-6,93; **35**:25,29-31; **36**:8-9
 Consultation, processus, **26**:22,69; **27**:24-5; **29**:6,29-31,32,35; **35**:43-4,45-6,47,51-2
 Diplômes professionnels et académiques, reconnaissance, **27**:72
 Familles, regroupement et parrainage, **26**:8,9,19-20,62; **29**:9-10; **35**:34-6
 Conjoints de faits, homosexuels, inclusion, **27**:67-9,73-4
 Définitions et dispositions, améliorations, **27**:69-70,74-5,76,77-9
 Enfants, droits, application, **27**:96-7
 Grands-parents, **27**:70,77-9; **29**:10; **36**:6
 Interdiction, **27**:97; **28**:26; **35**:35,47
 Mères d'enfants nés au Canada, craintes, **27**:72-3,77
 Parrainage, engagement, durée, **27**:71,72-3,77; **35**:35,38-9
 Femmes immigrantes, inquiétudes, **27**:69-73,75,76-7; **28**:73,77-8; **29**:36-7; **35**:38-9; **36**:10
 Groupes terroristes représentés au Canada, **28**:10-1,17,21,28-9

Health care system, federal role —Cont'd

Accessibility, universality and quality, coverage —Cont'd

Internal market and service-based funding, 22:19,22,37-8; 49:18-9, 22-3; 50:8,10-5; 52:11-3,26-7; 53:43-4,56-7,61-3,67-8; 55:4,11-2, 27,30-1; 56:37-8,41-5,46,51-2,55-67; 57:20-1; 58:29-30; 59:11-2, 28-9,31-2,47-8,49-50; 60:4-7,13,24-33,39,41-3

Optometry, 37:68-9,71,76-8; 40:5-17

Orphan patients, 33:51-5,76-8; 53:95-6; 56:10

Overuse, 3:36; 24R:66-7; 39:63,74; 53:26-8,30

Patient, treatment, informed consent, 2:15,22-3

People with disabilities, 38:79-81,82-5,94-7

Performance indicator, national health care quality citizen council,

12:25-6,27-9,30-1,34; 24R:103-4; 33:7,99,109-10,118,124-5;

37:42-3,65,120; 38:17-8,20-1,26,27-8,33-4,39-41,49-50; 43:48-9,

90; 54:10-1,16-8; 56:10,13,15-6,43; 60:5

Primary care, reform, need, 7:17-8,22,23-4; 13:23-4,25,46-9,73-4;

19:45; 22:20,21,22,26-30,34,38-40,43-4; 24R:xii-xiii,xxvi,19-20,

27-9,43,52-3,54,109-12; 30:49-52,57-8,63,88-90; 31:5-6,11-2,15,

18-21,29,30-1,32,39-42,47,52-3; 32:65-6,98-100,106,110; 33:15,

16-7,35-6,97,98,126-7; 34:11; 37:62-3,65,69-70,105-6,111-2,113-5;

38:26-7,31-2,35-6,49-54,61; 39:9,14-6,35,38-9,53-4; 40:14-6,25;

41:21,47,58-9; 42:13,15,44-5,66,83-4,87-8,95-6,99-100,126,143-4;

43:22,23-4,38-9,56,59; 44:8-9,41-2,67,84-5; 46R:11-2,16-7,88-90,

150; 47R:68-73; 48:7,28-9; 49:22-3; 50:10-5,18-22,26; 52:8-10,

12-6,21-2; 53:14,15,44-5; 54:13-5; 56:9-10,12-3,28-32,35-7; 57:5;

58:4-5,7,8-9,13-4,26-30; 61:5-7,8,12-3

Provinces, differences and other health care insurance, 4R:31-44,

97-102,103-5; 13:96,99-100; 14:11-2,23; 22:25-6; 24R:8,17,30-1,

40,64-5; 31:48,50-1; 32:107-9; 33:93-4,10; 37:60,68-9,71,76-8;

38:13; 39:6-7,21; 40:5-17,19-20,32-4,43-4,48-55,63-7; 42:21-6,

31-2,34-5,88,105-6; 44:38-9; 53:94-5; 55:18-9; 59:28-30,33,34-5

Timely access and waiting list, 5:10,29,34-5,37; 12:11,37-8; 13:30-1,

72-3,90; 18:9-10; 22:33,36-7; 24R:xiii,xv,xix,xxv-xxvi,40-7,65;

30:11-2,54-5,59-60,63,68-71,88; 31:30,68,72-3; 32:8-9,10,12-3,

41-2,91-4,97,101-6,114,115; 33:13,30-3,36-7,39-41,91,97; 34:12-5,

25,34; 37:8,47-8,50-1,52,53-4,66,81-2,144-5; 38:9-12,19,20-1,86,

91; 39:36-7,40,42-6,55-6,72-3,75; 40:23,41-4,46; 41:12,70,71-2,

77-8; 42:27-8,67,81,133,135,136; 43:67,74,88; 46R:39,44; 49:10;

50:9,15-6,17,24-6; 52:29-30; 53:63,65,69-70,83-4,94; 54:16,18-9,

21; 56:70-1; 58:22-3; 59:28,31,34-5,74-8

Travellers in foreign countries, 40:63-4,65-6; 44:59-60,62-5,70-1,

73-5,76-7

Western Canada Waiting List Project, role, 32:91-4,101-2,104-5

Workers, injured, access and waiting times, 30:68-71; 32:55; 33:40,

88,93,95-6; 34:34-5; 37:66,71; 42:29; 44:39-40; 49:21,26-31;

53:75,76,78; 56:56-8,71-2; 59:35; 65:54

Ageing and demography, costs, projections, repercussion, 2:8-9,12-7,

20-1,30-8,40-2; 3:4-5,15-6,29-31; 4R:93-5; 5:6; 6:13-4; 7:4-5,7-12,

16,18-9; 13:84; 37:21; 38:88-9; 40:89-91; 42:12; 46R:7-9,10,11,

16-7; 53:29-30; 59:15,24-5,34; 62:6,23

Baby boomers, pre-funding, suggestion, 2:12,13,16,17-8,26

Drug, access and costs, 2:34,38; 3:12,22-3; 4:14,15,24; 5:16-7; 7:13,

14; 24R:6; 32:111,116-7,123-4; 38:21-4,57-8; 40:72-3,94-7;

42:130-1; 43:7-8; 46R:12,27-8; 48:32,37

Geriatric labour force, 3:9-12,13-4,16-21,23-4,25,27-8,31-3,35-6;

32:110,114-5,126; 38:91; 42:124; 46R:13,77; 53:82-3

Germany, comparison, 2:23-4; 3:26; 20:15-7

Great Britain, comparison, 2:40; 3:21

Home care, 2:33,38,39,43,46,49-50; 3:25; 7:12; 14:22-4; 32:110-1,

122,123; 38:91-2; 40:97; 41:20,42-3; 42:69; 43:5-9,20-1,38; 44:65;

46R:12,123; 48:32-3,36-9; 54:19-20; 59:69-70

Hospitalization, 7:14-6; 43:7

Immigration and migration, influence, 2:34,47; 3:32,33-4; 7:7; 42:9,

20,121,122

Income sources and education, influence, 2:11-2,25-6,27,28; 9:32-40;

32:116

International comparison, 2:42; 3:14-5; 7:10-1,17,20-2

Life, quality, status and prevention of health, 2:10,11,14,18-9,20,27-8,

36,37,38,48; 3:10,11,12-3,24,36; 4R:73,74,75,88; 5:11,12-3,21;

6:7; 7:5-6,11,17,19-20; 13:7-8; 19:35-6; 32:110,114,117; 33:25,42;

40:91-3,95-6,97; 41:41; 42:122-5; 46R:5-7,9-10,13-4

Immigration et protection des réfugiés —Suite

Inadmissibilité, perte, renvois et expulsion pour criminalité, violation des

droits de la personne et menace à la sécurité, 26:7,14-5,35-8,39,47,

55-6,58-9,65,68; 27:13-4,15,26,52-3,64; 29:12-3,34-5; 35:47-8;

36:7-8

Ahmed Ressam, 26:37-8,39-42,77; 28:21,28-9,60; 29:25

Application, manque, immigrants clandestins, 26:35-6,37-8,44,52;

27:18,24,34,38,46-7,52-3,54; 28:5-6,19,23-5,28,33,37,45-6,60,66,

82-3; 29:17-8,19; 35:36-7,39-43

Criminels, grande criminalité et crime organisé, 26:12-3,14,20,31-2,

44,45,64,71-3,82; 27:30-3,35,38,43,45,58-9,63,79-82; 28:45,55-6,

62-4,66,67-8,71,82-3; 29:7-8,35-6; 35:15,39-40; 36:7

Détenation et arrestation, 26:14,36-7,61-2,82-3; 27:27,34,35,63;

28:21-2,51,52; 29:8,12

Discretion ministérielle, 26:73,83; 27:9,21,80,81-2; 28:56-7; 35:48

Documents, falsification et utilisation, 26:13; 27:17-8; 28:26,52

Fausse déclaration, 26:13; 29:8; 35:23-4

Pays pratiquant la torture, refoulement, 27:44-6,54-5,64-5,94; 28:37,

72

Renvois, délais, 27:19-20,90

Santé, motifs, 27:69,75-6

Terrorisme, définition, manque, 27:8-9,45,50-1,59,87-93,98; 28:60,

78-9,87-8; 29:39; 35:5-7,12-3,15,16-8,20-1; 36:7

Trafic de personnes, 26:8,13,18,25,31,44; 28:24,37,77-8; 29:7,32-4

Ministère, ressources et effectifs, évaluation, 26:16,24-5,42,44-5,59-60,

61,68-9,70,78-9; 27:11,26-7,36,49,99; 28:7-8,13,14,20,29,30,34,

40-1,42-3,47-8,60,62,68,73; 29:10,12-3,23,24,40-1; 35:9,10,21-2,

47-8,58-9; 36:4-6,8

Agents de visas locaux, étrangers, 27:61-2; 28:10,14-7,48,81; 36:5

Code de déontologie, proposition, 35:23

Demandes faites à l'étranger, améliorations, besoin, 27:60-2; 28:15,

36,81-2

Forces policières, 26:43-6,73-82; 28:34

Formation et équipement informatique, manque, 35:52-6,59-64

Normes internationales, conformité, 27:57,59,60,63-4,65,79,81,94,

96-7,101; 28:22,37,53,69,72,73-4; 29:17-27,8,32-3; 36:9

Réinstallation des réfugiés, 28:69-70,72-3

Programme d'immigration d'investisseurs, évaluation, 28:40-1,61

Provinces, compétence partagée, 26:21-2,26-7; 27:48; 28:68; 29:32,35;

35:34-6,43-4

Dépenses imprévues involontaires, assistance, besoin, 35:33-7,38,44-5

Municipalités, implication et financement, manque, 28:95-103

Règlements, pouvoir, examen, inquiétudes, 26:22; 27:14-6,25-6,37,

83-4,101-2; 28:39-40; 29:6,15-6,20-2,32; 35:7-8,10-2,20-1,22-3,

26-8,32-3,40; 36:6

Rétroactivité et transition, inquiétudes, 27:22-4; 28:60-1; 29:10;

36:9-10

Résidents permanents, 26:10-1,18-9; 27:10,49-50; 28:61

Arrestation et détention, 26:14,19; 28:55-6,57,62-4,82-6,89-92

Attestation, cartes, 26:10,17-8,84-6,87-8; 27:71,100-1; 28:52,81;

29:13,24,25; 35:24; 36:6

Délais de résidence, 26:10,86-7; 28:57

Voyages et études, 26:10,86,87,88; 27:28; 28:81

Sortie, contrôle, manque, 26:38; 27:18; 28:6

Transporteurs, obligations, passagers, 28:5-7,12-3,15

Journée sir John A. Macdonald et la Journée sir Wilfrid Laurier

Journées de reconnaissance officielle, raisons, 8:13-27

Projet de loi C-2 – Loi modifiant la Loi sur l'assurance-emploi et le

Règlement sur l'assurance-emploi (pêche)

Discussion, 10:8-52

Projet de loi C-6 – Loi sur la protection des renseignements personnels etles documents électroniques (2^e session, 36^e législature)

Discussion, 45:27-34

Projet de loi C-11 – Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés

Discussion, 26:6-90; 27:6-102; 28:5-103; 29:5-41; 35:5-64; 36:11-3

Health care system, federal role —Cont'd

Ageing and demography, costs, projections, repercussion —Cont'd

Living wills and advance directives, 2:15,22-3,25,29-30,38-9,44

Nursing homes, concerns, 42:69-72,75,78,80-1; 43:8; 56:65-7

Old age insurance, 39:19-20,31-2; 46R:14-5; 48:37-8

Palliative, long term and terminal care, last year of life, 2:15,23-5,27, 29,38,39,43-6; 3:26; 5:11-3; 6:20,27,28; 7:6-7,15; 20:45-6; 30:62, 76-7,80,81-4; 31:26-8; 32:112-3,125-6; 46R:10,12-3,147; 53:82; 56:66; 62:18

Pharmacare, 2:33,38,39; 7:13,14,15; 63:46-7

Provincial repartition, 2:28,29,33,34,44-5,46-7,48; 3:5-9,11,12,16-7, 21-2,24-5,31-2,33-5; 7:7,14; 42:8-9,13-4,63-4,84-5,86-7; 43:20, 63-4; 46R:14-5

Remote and rural communities, 2:27-8,38; 13:6-7

Senior population aged 85 and over, 2:9-10,21-2,36,37,41; 3:29; 6:20; 7:6,16

Sweden, comparison, 2:11,19-20,46,47-8; 46R:9

Technologies, use, education, 53:80-2

United States, comparison, 2:14,28,36,42; 3:20-1

User fees and co-insurance payments, services covered or not, 2:13, 26-7,36,48-9; 32:115-6,122-3; 42:87

Women versus men, 2:20,28; 4R:73-4; 40:95-6

Alberta, system, improvement, need, 32:6-7,11-2,15-8,21,94-5,139-40; 53:5-6; 55:19; 56:51

Aboriginal peoples, 32:127-8,129-30,133,136-7,138

Accessibility and waiting times, 32:8-9,10,12-3,20,41-2,49-50,53, 67-8,97,125; 37:66; 57:32

Ageing population, 32:109-17,123-4,125-6

Costs, expenses, financing, user fees and premiums, 32:7-8,9-10,15, 18-21,37,38,42-5,50-4,67,76-8,85-9,95-7; 55:16; 57:30,32-3; 59:72-3

Drugs, costs and pharmacare, 32:46-7,54-5,68

Franco-Albertan community, access and quality, 32:117-22,124-5; 66:46-8,50-1,54-60

Home and palliative care, 32:45-6,50,89-90,96,112-3

Human resources, 32:61-6,69-75

Private versus public clinic, costs, comparison, 4R:41; 32:78-85,90-1, 97-8,102-4,106,107-9; 33:84-5; 37:36; 48:14

Regional health authorities and community based care, 32:10-1,13-4, 16,36-55,98-100,130-1,134-5; 38:14-5; 53:40-1; 55:19; 57:11-4, 20-1,23-4,26-9,31-3

Arm's length administration and management, provincial or Crown corporation, 22:31; 24R:xix; 34:23-5; 37:118,119-20; 39:11-2; 53:72; 55:8; 59:56; 60:13-4; 65:40-2,47,56-7

Funding commitment and accountability, 46R:15; 52:26-8; 53:10,16-7, 19,40-2,43-4,59-60,63,68; 55:8-9,12-4,15,16,25-32; 56:42-3; 60:14-6; 65:42,47,51-2

Historical background, 55:9-13,28

Home care, 65:48-9

Managers, authority and responsibilities, 53:16,37-8,39-40

Ministers of Health, role, 52:6-7; 53:17,38-9; 65:50-1

Political ramification and interference, 53:36,37,41,42,45; 55:12,27-8; 56:42; 60:14; 65:42,49-50,51

Professionals, coordinated team, need, 53:42

Australia, system, comparison, 17:14; 21:4; 40:22; 47R:5-6,9-10

Aboriginal peoples, 21:15-7,26,32

Drugs and pharmaceuticals control, 21:22-5; 37:61; 47R:7,10; 55:7

Financing, taxation and administrative costs, 21:10-1,12-4,25,27,28, 30-1; 38:48; 47R:8

Homecare, community care and palliative care, 21:28-30

Human resources and remuneration, 21:19-22,28,29,31-2; 47R:8-9,10;

Preventive health program, 21:14-5,26

Public versus private sector, services offered and access, 21:5-10,11-2, 25-6,31,32-5; 47R:6-8,9,10-2

Rural versus city area, services, access, 21:17-8,22,30,31-2

Senior people, 21:18,20-1,27-8

British Columbia, health system

Continuing care system, 65:22-3

Financing, 2:33; 34:10-1

Francophone community, access, 66:15-7,21,23-4,26-7,30,33-4,36-7

Projet de loi S-12 – Loi sur la statistique et la Loi sur les Archives nationales du Canada (documents de recensement)
Discussion, 24:7-42; 45:20-25Projet de loi S-14 – Loi instituant la Journée sir John A. Macdonald et la Journée sir Wilfrid Laurier
Discussion, 8:13-27Projet de loi S-21 – Charte du droit à la vie privée, teneur
Discussion, 25:5-40; 45:25-7**Recensement, documents historiques**

Accès à des fins de recherches versus respect de la vie privée, 24:7, 8-10,19-20,26-8,31-2,33-4,35-6; 45:22-5,33-4

Confidentialité et délais, 24:8,10-1,17-9,20-1,22-4,29-30,34-5,37-8, 40-2; 45:9

Consentement, 24:12,13-4,23,25-6,31,32,39

Consultation de grande envergure, 24:21,26,28,29,32-3,38-9

Opposition, avis écrit, 24:11-3,14-5,21-2,23,28-9; 45:10

Recherche médicale et généalogique, importance, 24:7-8,9,15-7,24-5, 30-1,36-7,39-40; 45:9-10,21-2

Santé, système, gouvernement fédéral, rôle

Accessibilité, universalité et qualité, services assurés ou non, 2:39,40, 46; 4:34-7; 4R:51-3,55-6,110-1; 9:24; 12:9-10; 15:8-9; 22:34; 24R:x,xiv,xv,xvii,6,18-21,36-7,42-3,72-4; 32:76-9; 33:6-7,8-9; 34:6, 9-10; 37:21-3,29-30,41-2,48-50; 38:24-5,86; 39:62-3; 40:89-91; 42:11,23-4,46-7,53-4,107-8; 43:54-5; 44:35-6; 49:11-4; 53:11-2,13, 19-20,64-5; 60:43

Accès dans sa langue, 30:84-7,91,93-4; 32:24-5,117-22,124-5; 42:66, 78-80; 43:85; 44:47-52,61-2; 51:4-25; 66:9-125

Accès en temps opportun et listes d'attente, 5:10,29,34-5,37; 12:11, 37-8; 13:30-1,72-3,90; 18:9-10; 22:33,36-7; 24R:xiii,xv,xvi,xix, xxvii,43-50,69-70; 30:11-2,54-5,59-60,63,68-71,88; 31:30,68,72-3; 32:8-9,10,12-3,41-2,91-4,97,101-6,114,115; 33:13,30-3,36-7,39-41, 91,97; 34:12-5,25,34; 37:8,47-8,50-1,52,53-4,66,81-2,144-5; 38:9-12,19,20-1,86,91; 39:36-7,40,42-6,55-6,72-3,75; 40:23,41-4, 46; 41:12,70,71-2,77-8; 42:27-8,67,81,133,135,136; 43:67,74,88; 46R:41,46; 49:10; 50:9,15-6,17,24-6; 52:29-30; 53:63,65,69-70, 83-4,94; 54:16,18,9,21; 56:70-1; 58:22-3; 59:28,31,34-5,74-8

Accidents et blessures, 37:136-40; 40:74,82-3; 42:21,24,32,42

Cancers, traitement, 37:5-19,53-4,134-6,144-5; 39:85-6; 42:116-7;

44:18-9; 49:10; 50:16-7,25-6; 56:67-8,70-1

Centres d'excellence et institutions universitaires, 11:6; 53:17,31-2,54, 86,95; 56:44,45,46-50,51,52-5,58-60,64-5,71; 59:52-3; 63:5-27; 65:43

Contexte historique, 4R:5-6,7-8,33-6; 32:77; 37:45; 39:5-6,33-4;

40:18-9; 42:28; 48:5-6; 53:50-1; 55:9-13,28,31-2

Droit implicite constitutionnel, 18:4-33; 24R:39-40,42-3; 49:14-5;

62:10-1; 65:53-4

Fraude, influence, 42:24-6,33-4,38-9,42,43

Marché interne des services hospitaliers dispensés, 22:19,22,37-8;

49:18-9,22-3; 50:8,10-5; 52:11-3,26-7; 53:43-4,56-7,61-3,67-8;

55:4,11-2,27,30-1; 56:37-8,41-5,46,51-2,55-67; 57:20-1; 58:29-30;

59:11-2,28-9,31-2,47-8,49-50; 60:4-7,13,24-33,41-3

Optométrie, 37:68-9,71,76-8; 40:5-17

Patient, traitement, consentement éclairé, 2:15,22-3

Patients orphelins, 33:51-5,76-8; 53:95-6; 56:10

Personnes handicapées, 38:79-81,82-5,94-7

Provinces, différences et assurance complémentaire, 4R:33-47,105-11,

113-4; 13:96,99-100; 14:11-2,23; 22:25-6; 24R:8,19,32-4,42,68-9;

31:48,50-1; 32:107-9; 33:93-4,10; 37:60,68-9,71,76-8; 38:13;

39:6-7,21; 40:5-17,19-20,32-4,43-4,48-55,63-7; 42:21-6,31-2,34-5,

105-6; 44:38-9; 53:94-5; 55:18-9; 59:28-30,33,34-5

Rendement, indicateur, conseil national de citoyens, option, 12:25-6,

27-9,30-1,34; 24R:112-3; 33:7,99,109-10,118,124-5; 37:42-3,65,

120; 38:17-8,20-1,26,27-8,33-4,39-41,49-50; 43:48-9,90; 54:10-1,

16-8; 56:10,13,15-6,43; 60:5

Réseau de santé familiale, exemple, 56:5-7,8,9,18-9,22-3,24-5,33,54;

57:6-10,12-3,15-21,24-5,29-33; 58:15,23-4; 61:5

Health care system, federal role —Cont'd

British Columbia, health system —Cont'd

Human resources, shortage, **33**:41-2,51-5,56,63,75-9,84-5; **34**:10, 19-23Medical education program, **33**:41,55-8,64-70,72,73-6,111-5Private facility versus public, **33**:79-84,86-96,100,103; **34**:26-7,32-5, 37-40Regionalization, **33**:98-100,108-9; **34**:15**Canada Health Act**Care guarantee, **24R**:44-5,65; **54**:21; **59**:33,74-8Constitutionality, health care, implicit right, **18**:4-33; **22**:36-7;**24R**:37-8,40; **30**:79-80,96; **32**:139-40; **33**:81; **53**:70-1; **59**:33Definitions and criteria, broad, **4R**:3,34-7,39-44,52,97-100,102; **5**:5;**22**:21,31; **24R**:x,xiii-xvi,xxvii,5,10,16,17-8,40-3,56,68-9,137;**30**:80-1; **31**:46,47-8; **32**:12,43-4,111; **34**:6,10,34; **37**:22,23,29-30,65,68,77; **38**:27,35-6,89-90; **39**:50,52,79-80; **40**:18; **41**:46-7; **42**:12,52,132-3; **43**:70-1; **44**:30-1,34-6,38-9,59,65-6; **47R**:67-8; **48**:30-1;**49**:13,23-4; **53**:10-1,74,90-1,93-4; **54**:4-5,26; **55**:17,18-9; **56**:28-30;**58**:5,24-6; **59**:14-5,57-9; **60**:16,35-6,42-3; **61**:8,32; **65**:9,17-8International trade agreements, influence, concerns, **31**:46-7,48; **41**:23Legislation on insured services, concept, **56**:42,55Linguistic duality, adding, proposal, **51**:17,18; **66**:14,15,17,19-20,29, 33,88,119-20,121Origins, **4R**:31-4Patient's bill of rights, possibility, **20**:22-4; **24R**:48-50; **32**:132-3;**37**:68,145; **39**:7; **54**:21; **59**:56Penalties, enforcement, **4R**:37-9; **18**:12; **22**:33; **24R**:5,16-7,38-9; **30**:10-1; **59**:56Canadian Council on Health Services Accreditation, role, **60**:22-4Denmark, health system, comparison, **58**:9Electronic medical records, data, collecting and storage, **64**:20-36Hospitals, freedom of choice, **64**:5-6,7-9,10,13,15-6Human resources, **64**:11,12,13-5Private versus public hospital, **64**:9-10,11-2,13,16,18-9,20Timely access, waiting list and care guarantee, **58**:22; **64**:5-6,8-9,10-1, 12-3,16-8,19-20Women, presence, **64**:11,14-5Diseases, trends, **6**:5-8,10-3,14-5; **24R**:xxxiii,6,23,120-1; **37**:46-7;**40**:80; **43**:11-2; **46R**:45-6; **59**:34Accidents and injuries, **37**:136-40; **40**:74; **46R**:48Alcohol and drug addiction, **33**:43-51; **37**:130-1; **44**:68-9,72-3,75-6Alzheimer, **19**:35-6Arthritis, **31**:66-8,72-4,75; **37**:131-4,142-4; **40**:84-5Cancers, **6**:7,12,13,16-8,22-4; **9**:6,9; **34**:37-8; **37**:5-19,48,53-4,134-6,144-5; **41**:63,69-70,75; **42**:17; **46R**:47Cardiovascular disease and strokes, **6**:8,13,21,23,27,31-2; **7**:9-10,20,23; **40**:78-81,84,88; **41**:49-50,51,52-3,65-8; **46R**:47Diabetes, **6**:6,22,32; **9**:6,9-10; **16**:8,9,62-3,64,66-7,76; **31**:79-80;**32**:28,128; **33**:11-3Eating disorders, **24R**:121; **30**:71-2Infectious diseases, threat and impact, **6**:10-2,26-7,33-4; **9**:9,23-4; **46R**:46-7,53-4Obesity, children and adults, **12**:12,30-1; **13**:24; **41**:53-6,65,68; **59**:30Tobacco, use, influence, **6**:7,17-8,22; **7**:20,23; **17**:66; **24R**:121;**37**:140-1; **42**:32,33; **59**:26Drug, prices and use, impact, **4**:5-8,10-1,14-5,19-21,23-4,44-5; **4R**:64;**5**:16-7,35; **6**:14; **12**:26; **24R**:6,69-70; **31**:32; **37**:21,55-6,58,64-5,87-8; **38**:53-4,57-61; **39**:7,57-8; **40**:69-70,85; **42**:54-5; **43**:17,25-6,44-5; **46R**:19-25,147; **60**:11-2Access and demography, **4**:15,27-8; **37**:88; **38**:74-5,93-4; **40**:88-9; **46R**:33-4,148Approval, licensing and assessment, **5**:14-7,19,22,35,36-7; **9**:28,31-2;**11**:9,14-5,18,19-20; **30**:34-5; **37**:73-4,100,142-4; **38**:92-4; **40**:68-9,88-9; **42**:143,144-5; **43**:24,26,33-7; **44**:24,46; **46R**:19; **53**:31-3;**63**:45Catastrophic drug costs dependent upon income, **44**:43-5,46-7,56-7,58;**63**:29-36,39-43,45,46,48,49,52-63,64-5Compliance and quality information labelling, **4**:8-10,11,17,34,37-40;**9**:36; **37**:88; **38**:63,68-9,70-2; **39**:18-9; **46R**:26-9,35-6,134-5;**60**:40-1**Santé, système, gouvernement fédéral, rôle —Suite**

Accessibilité, universalité et qualité, services assurés ou non, —Suite

Services communautaires, régionalisation, **7**:15; **22**:21,22; **24R**:56;**31**:29-3,34,37; **32**:10-1,13-4,16,36-55,98-100,130-1,132,134-5;**33**:27,98-100,108-9; **37**:110-2,114-6,118-20,122-6; **38**:14-5,27,31-2,44-5; **39**:9-10,12,23-4,30-1,37-40,46-8; **40**:26,27,39-40,94;**41**:16-9,34,46-7,56-7,60-2,67-8; **42**:52,59,85-6,91,96-7,127-30,137-9; **43**:37-44,45-8,50-1,53-4,59-60,71-2,74-5,83-6,93-4;**52**:11-2; **53**:41-2,57-8; **54**:11-2; **55**:19-20,25-32; **57**:13-4Soins primaires, réforme et restructuration, besoin, **7**:17-8,22,23-4;**13**:23-4,25,46-9,73-4; **19**:45; **22**:20,21,22,26-30,34,38-40,43-4;**24R**:xii-xiv,xxviii,22,29-32,46,54-6,57,117-21; **30**:49-52,57-8,88-90; **31**:5-6,11-2,15,18-21,29,30-1,32,39-42,47,52-3; **32**:65-6,98-100,106,110; **33**:15,16-7,35-6,97,98,126-7; **34**:11; **37**:62-3,65,69-70,105-6,111-2,113-5; **38**:26-7,31-3,35-6,49-54,61; **39**:9,14-6,35,38-9,53-4; **40**:14-6,25; **41**:21,47,58-9; **42**:13,15,44-5,66,83-4,87-8,95-6,99-100,126,143-4; **43**:22,23-4,38-9,56,59; **44**:8-9,41-2,67,84-5; **46R**:12,16-7,92-5,156-7; **47R**:66-71; **48**:7,28-9; **49**:22-3;**50**:10-5,18-22,26; **52**:8-10,12-6,21-2; **53**:14,15,44-5; **54**:13-5;**56**:9-10,12-3,28-32,35-7; **57**:5; **58**:4-5,7-8,9,13-4,26-30; **61**:5-7,8,

12-3

Sur-utilisation, **3**:36; **24R**:70-1; **39**:63,74; **53**:26-8,30Système hospitalier, erreurs, ampleur, connaissance, **12**:9-11,28-9;**13**:57-8; **38**:6; **40**:40-1; **42**:28; **48**:5-6Travailleurs blessés et accidentés, accès et temps d'attente, **30**:68-71;**32**:55; **33**:40,88,93,95-6; **34**:34-5; **37**:66,71; **42**:29; **44**:39-40;**49**:21,26-31; **53**:75,76,78; **56**:56-8,71-2; **59**:35; **65**:54Voyages à l'étranger, **40**:63-4,65-6; **44**:59-60,62-5,70-1,73-5,76-7Western Canada Waiting List Project, rôle, **32**:91-4,101-2,104-5Alberta, système, améliorations, besoin, **32**:6-7,11-2,15-8,21,94-5,139-40; **53**:5-6; **55**:19; **56**:51Accessibilité, accès en temps opportun, et qualité, **32**:8-9,10,12-3,20,41-2,49-50,53,67-8,97,125; **37**:66; **57**:32Cliniques privées versus publiques, coûts, comparaison, **4R**:44;**32**:78-85,90-1,97-8,102-4,106,107-9; **33**:84-5; **37**:36; **48**:14Communautés autochtones, **32**:127-8,129-30,133,136-7,138Communautés francophones, accès et qualité, **32**:117-22,124-5;**66**:46-8,50-1,54-60Coûts, dépenses, financement, ticket modérateur et cotisations, **32**:7-8,9-10,15,18-21,37,38,42-5,50-4,67,76-8,85-9,95-7; **55**:16; **57**:30,32-3; **59**:72-3Médicaments, coûts et assurance-médicaments, **32**:46-7,54-5,68Offices régionaux et soins communautaires, **32**:10-1,13-4,16,36-55,98-100,130-1,134-5; **38**:14-5; **53**:40-1; **55**:19; **57**:11-4,20-1,23-4,

26-9,31-3

Population, vieillissement, **32**:109-17,123-4,125-6Ressources humaines, **32**:61-6,69-75Soins à domicile et palliatifs, **32**:45-6,50,89-90,96,112-3Allemagne, caisses-maladie, système, comparaison, **4**:5; **20**:10-1;**47R**:13Accessibilité et accès en temps opportun, charte, **20**:12-3,14-5; **47R**:18Assurance privée, rôle, **20**:7-9,18-9; **47R**:15Financement, cotisations, frais modérateur, **20**:5-7,9-10,11-2,14,17-21,25; **47R**:13-4,17-8; **53**:27; **55**:7-8,25Ressources humaines et rémunération, **20**:9,13-4,21-2,24-5; **47R**:15-7Soins à domicile, **55**:5,6,7,13,17-8,22,23-5Vieillesse démographique, **2**:23-4; **3**:26; **20**:15-7Australie, système, comparaison, **17**:14; **21**:4; **40**:22; **47R**:5-6,9-10Autochtones, **21**:15-7,26,32Financement, imposition et coûts administratifs, **21**:10-1,12-4,25,27,28,30-1; **38**:48; **47R**:8Médecine préventive, **21**:14-5,26Médicaments et assurance-médicaments, **21**:22-5; **37**:61; **47R**:6-7,10;**55**:7Ressources humaines et rémunération, **21**:19-22,28,29,31-2; **47R**:8-9Secteur public versus privé, services, prestation et accès, **21**:5-10,11-2,25-6,31,32-5; **47R**:6,7,8-9,10-2Soins à domicile, communautaires et palliatifs, **21**:28-30Vieillesse, **21**:18,20-1,27-8Zones rurales versus urbaines, services, accès, **21**:17-8,22,30,31-2

Health care system, federal role —Cont'd**Drug, prices and use, impact —Cont'd**

- Doctors, education and information, influence, 4:15-7,27-30,35-6;
5:22; 37:89; 38:22,66,77,78; 41:51; 43:9,31-2; 46R:23; 64:27-8
- Lowest cost effective drug, requirement, 24R:xx-xxi,72-3; 30:33-4,
62-3,65,82,83; 37:89-91,102; 38:48-9,66,69-70; 40:86-7; 43:27;
44:11; 60:11,21
- National formulary or standard, 24R:xx,70-1; 30:49,58,64-5,75;
32:68,127; 33:117,118; 37:61,67,88-9,100-1,115,142; 38:21-2,63,
66,67,75-7; 41:62-3; 43:26-7,28,37; 44:10-1,46; 46R:34-5,36;
48:34,35; 49:17,22-3; 50:20; 52:24,25; 53:14; 55:5,20-1; 59:37,
41-2,69; 60:10-1,16-8,44; 63:32,35,36-9,52-3,63-4
- Naturopathic products, coverage, 31:48,49-50; 32:123
- Over prescribing and addiction, risks, 33:43-51; 37:97; 38:23-4;
44:68-9,72-3,75-6; 46R:26-8
- Patients, files, information, access, concerns, 4:24-7,28,30-1; 41:47;
43:34; 52:15,21; 60:11
- Pharmicare program, provincial differences, 2:33,38,39; 4:12-4,18-9,
21-2,30-5,38,40,41-3; 7:13,14,15; 22:21,22,42-3; 24R:xxi,74-80;
30:63-4,75,76; 32:54-5,77,111,116-7,123-4; 33:9-10; 37:52-3,60-1,
74,88; 38:21-3,60,64; 39:7,13-4,20-1; 40:47-8,50-2,54-63,68,70-3,
85-8; 41:7-8,10,15-6,62-3; 42:12,20-1,88,91-2,135-6; 43:7-8,28-9;
44:10,34-5,43-7,56-60,67-8; 46R:23-4,29-35,36; 48:26,32,34-5;
52:23-5; 53:76-7,92-3; 54:5-8; 55:5-6,20-1,22-3; 59:58-9; 60:9,
17-20,36,37; 63:28-35,37-8,43-52,56-7,60-1; 65:32
- Pharmaceutical companies, prescription drugs, advertising, 24R:xx,
xxi,73-4; 30:59,65,76,83-4; 33:48-9,115-8,123-4,126; 37:72,75-6;
38:63,67-8,75,78; 40:94-5; 43:24-5,28,31,33-7; 44:20-1; 48:33
- Pharmacist, underutilization, 4:10,11-2,13,17,22-3,31,32,36-7; 37:73;
38:61-2,64-5,66-7,70,73-4,77-8; 43:27,34-5; 44:12-5,20,23-5,26;
46R:28-9,88; 60:9-10,12,16,18-21,41
- Portability between provinces, 44:46,47,59-60,62-5,70-1,73-5,76-8;
48:34
- Tax initiative, option, 24R:80; 30:75; 44:43-4,47,58-60; 63:33,58,
59-60
- Education and training, 11:15-6; 13:6-7,29,82; 17:11-2; 33:56-7,113-4;
37:133-4; 43:72; 44:17-8; 53:54,91-2; 56:11,44; 63:13
- College level training, sectors offered, 13:92,95-6; 66:63-71,108-9,111
- Educational programs, evaluation, need, 33:111-3,114,122-3;
42:108-9,112-4; 43:32
- Licenses, portability, 63:23-4
- Nursing, 9:15; 13:19-20,36,55-6,57,61-2,64,69,77,78-9; 24R:108,
118; 30:92; 31:7-8,10-1,12,16,19-20,24-6; 32:64-6,69,72-3; 33:41,
66; 42:112-4; 44:6,21,26; 46R:82,86-7; 52:7-8; 61:13,16,18-26,28;
63:18,19-20,25-7; 66:48,57-9,71,72-4,81-3,89-90,99,109,111
- School, registration, quota, decrease, effects, 5:28-9,38; 13:9,11,14,
36,37-8,41-2,78,90-1; 24R:113-4,115; 31:7,10-1,24; 32:62-3;
33:56,64-5; 42:102,110; 43:32-3; 46R:78-9; 52:7; 56:28; 61:16,
18-9; 63:24
- School, registration, quota, increase, need, 13:11,12,16,17-8,19,33-4,
42-3,61; 17:12-3; 24R:108; 33:64-5,73-6; 42:108,109-11; 43:32;
46R:79; 56:32; 63:19
- Specialization, 13:83,87-8,90-4,95,96-7,99; 24R:118; 33:66,127;
42:125; 63:15
- Tuition fees, debt, load, influence, 9:27-8; 13:9,12,19,34,36-7,42,61,
78-9; 24R:115; 32:65,72; 33:41,114,120-1; 41:13; 42:93; 44:6;
46R:80; 61:28
- Trainers, teaching function, value, need, 9:15; 13:18-9,61,65; 31:8;
33:72; 66:72-4,78,81-3,90-1,107
- University training with consortium, 11:6,13; 13:19,34-5,43,83,95,99;
17:12,15,29-30; 24R:109; 30:93-4; 31:10,11,24-5; 32:62-3,65-6;
33:55,57-8,65-70,112; 37:124-5; 40:8-9; 41:13-4; 42:112-4;
46R:80; 51:13-4,21; 57:21-2; 61:20-1,23-6; 63:19-22,25-6,27;
66:21-3,25-6,35,52,71-96,99,108-9
- Women, increase, influence, 13:8,13,91; 41:59; 52:15; 53:52-3,54-5
- Faith and public expectations, 4R:45-56,111-2; 7:16; 12:11; 13:49;
22:24; 24R:xxxviii-xxxix,6,137-8; 30:51; 32:93-4,101-3; 33:22-4,
104,105-6,120; 37:21-2,73-4,98; 38:5-6,11,19-20; 40:41-2; 42:39-40,
50,102; 43:17; 52:5; 53:7-8,14-5,19,22-3,24-9,30-1,64,79-82; 56:27,
28; 57:4-5; 59:4-5; 61:8-9,14,15

Santé, système, gouvernement fédéral, rôle —Suite

- Autochtones, 11:23; 16:11,14-5,16,53,75; 24R:xii,xxxvii; 31:6,14,16;
32:133; 44:85-6; 46R:59-60
- Aînés, dans ou hors réserves, programmes, 16:16-7
- Autochtones hors réserves, 16:15-6,35-7,46,47-9,65-6,67; 46R:60
- Diabète, épidémie, prévention, besoin, 9:6,9-10; 16:8,9,62-3,64,66-7,
76; 31:79-80; 32:28,128; 37:70; 40:12-4; 46R:63; 52:17,18
- État de santé et profil socio-économique, 2:27,28; 4:36; 4R:119-20;
16:6,9,11-2,18-20,22-6,30-1,32,34-5,36,37-8,42,43,44-5,49-50,
52-4,57-8,61,65-7,76-7; 19:19,20-1,34; 24R:xxxviii,xli,7,26-7,133,
139-41,144-5; 31:36,45; 32:22-3,27,28-9,30-1,133-4,138; 33:110;
34:7; 42:111; 46R:59,61-5,67,74-7,146,155; 52:11,16,19
- Femmes, 16:38-41,43,52-3,72-3; 31:43-4; 32:136-7; 52:19
- Inuits, 16:7,16,33-5,39-41,49; 32:22-36; 46R:59,67,74,75-6
- Médicaments, 46R:34
- Métis et Indiens non inscrits, exclusion, 16:29-33,45,53-4,58,67;
24R:xxxix,26,142; 31:76-85; 32:127,129; 46R:59,60,66-7,73
- Recherches et études, 16:56-71; 24R:xli,145-6; 31:82,84
- Services, prestation, responsabilité et reddition de comptes, 16:5-10,
12-4,20-2,26-8,33-7,38,40-2,46,47-9,51,52,69-70,73; 22:45-6;
24R:xxxviii-xxxix,xli,26,27,141-3; 30:27-8; 32:15-7,26-30,33-6;
41:51; 46R:65-74,155-6; 52:10
- Services culturels adaptés, main-d'œuvre et éducation autochtone,
besoin, 13:41-2,84,85; 16:8,10-1,12-3,17-8,19,41,42-4,45,46,50-2,
54-6,57,59,60-2,68-9,70,71-7; 19:42; 24R:xxxix-xli,143-4,146;
31:32,36-7,57,61-2,79,80-2; 32:128-30,136; 33:58-9,65-6,72,130;
42:94,102,112,127; 44:79-80,82-3; 46R:76,84; 52:16-8; 66:22
- Territoires, gouvernements, entente, 16:7,16,33-5; 46R:66
- Colombie-Britannique, système de santé
- Communauté francophone, situation, 66:15-7,21,23-4,26-7,30,33-4,
36-7
- Établissement privé versus public, 33:79-84,86-96,100,103; 34:26-7,
32-5,37-40
- Financement, 2:33; 34:10-1
- Médecine, enseignement, 33:41,55-8,64-70,72,73-6,111-5
- Personnel médical, pénurie, 33:41-2,51-5,56,63,75-9,84-5; 34:10,
19-23
- Régionalisation, 33:98-100,108-9; 34:15
- Soins à domicile et palliatifs, 65:22-3
- Comparaison internationale, 2:42; 3:14; 4:18-9,23; 4R:71-6,83-6,116,
120; 5:7; 6:18,27; 7:10-11,20-2; 9:19; 11:8-9; 13:28,93; 14:29-30;
15:4-7; 22:13-9,21,25-30,40-3; 24R:7,8-9,34,36,37,43,48-9,51,69,
71,104; 30:48,60-1,97-8; 31:34-6,49,51-2; 32:15,90-1; 33:37,42-3,
100-2,104-7,126; 37:60,109,126; 38:12-3,46,50-2,86; 39:38-9,62-3,
67,78,81; 40:69; 42:47,89-90,122; 46R:107-8; 47R:59-60,63-7,68;
48:14-5; 49:10,17; 53:58-9; 55:5,6,7,13; 58:16,17-8; 60:7; 65:52-3
- Afrique du Sud, 47R:53-5
- Droits des patients, charte, possibilité, 20:22-4; 24R:48-50
- France, comparaison, 30:5-7,13-5,17-9,22-3; 48:14
- Inde, cataractes, soins, 55:30-1
- Norvège, médecins, rémunération, 58:9
- Nouvelle-Zélande, comparaison, 13:19-20; 22:23-4,25,27; 31:35;
33:116,117; 58:11
- Singapour, comparaison, 30:9-10,21; 33:107; 37:29,37; 47R:51-3
- Confiance, attentes et perceptions publiques, 4R:49-61,121-2; 7:16;
12:11; 13:49; 22:24; 24R:xli-xlii,6,147-8; 30:51; 32:93-4,101-3;
33:22-4,104,105-6,120; 37:21-2,73-4,98; 38:5-6,11,19-20; 40:41-2;
42:39-40,50,102; 43:17; 53:7-8,14-5,19,22-3,24-9,30-1,64,79-82;
56:27,28; 57:4-5; 59:4-5; 61:8-9,14,15
- Débat public et éthique, 24R:ix,2,35-7; 32:93; 37:20,25-6,109-11,128;
38:97-8; 39:8-9,34-6,38,77-8,89-96; 40:67-8,75-7; 41:60; 42:44-6,
59-60; 43:87,89-90; 44:7-8,27-9,36-7,66-7; 46R:159; 48:7-8,25;
49:5-6,16-7; 52:5; 53:73-4,77-8,79-80; 59:12-3,56-7
- Conseil canadien d'agrément des services de santé, rôle, 60:22-4
- Danemark, système de santé, comparaison, 58:9
- Accès en temps opportun, garantie de soins, 58:22; 64:5-6,8-9,10-1,
12-3,16-8,19-20
- Dossier médical électronique, informations, collecte et archive,
64:20-36
- Femmes, présence accrue, 64:11,14-5
- Hôpitaux, libre choix, 64:5,6-7,9,10,13,15-6

Health care system, federal role — *Cont'd*Faith and public expectations — *Cont'd*

Public debate and ethics, **24R**:ix,2,33-5; **32**:93; **37**:20,25-6,109-11, 128; **38**:97-8; **39**:8-9,34-6,38,77-8,89-96; **40**:67-8,75-7; **41**:60; **42**:44-6,59-60; **43**:87,89-90; **44**:7-8,27-9,36-7,66-7; **46R**:153; **48**:7-8,25; **49**:5-6,16-7; **52**:5; **53**:73-4,77-8,79-80; **59**:12-3,56-7

Financing, federal-provincial, share and transfers, 2:20-1,29; **4R**:63-5; 7:7-8; **24R**:ix-x,xxiii,6,24-5,49-50,85-7; **33**:24-5; **37**:28-9,32-3; **38**:97-9; **39**:49-50; **40**:91-2; **62**:14-5

Academic health care organizations, separate funding, need, 11:6; **53**:17,31-2,54,86,95; **56**:44,45,46-50,51,52-5,58-60,64-5,71; **59**:52-3; **63**:5-27; **65**:43

Accountability, jurisdiction for specific groups and flexibility, 3:22; **4R**:27-9,40; 7:23; **13**:56,91; **22**:24,30,31,38; **24R**:xxviii-xxix,9-10, 11-2,13,20,21,24,37,56-9,104-5,131-2,134; **30**:42-4; **31**:31; **32**:15-7,26-30,33-6; **33**:118; **34**:5,15-6,25,39; **37**:71,72-3,78,112, 130; **38**:47,51,80; **39**:24-6,50-1,55-6; **41**:50-1; **42**:16-7,19-20,30-1, 34-5,50-1,58,61-2,84,100,101-2,117-8; **43**:18,44,48,73,88-9,91; **44**:9,30,40-1; **48**:28-9,35-6; **49**:6,7-8,11,18,22,23-4,35; **50**:8,17,20, 23-4; **52**:28-30; **53**:6,8,9-10,19,20-1,62-3,84-7; **54**:8,9,10-3,15-6, 29; **55**:8-9,13-4,15,16,25-8; **56**:42-3,49,52; **57**:20,29; **59**:9,13,19, 20-1,54-7,60; **60**:5,39-40; **63**:25; **65**:27; **66**:27

Canada Health and Social Transfer (CHST) and equalization, **4R**: 15-20,22-3; **24R**:xvii,9,39,56-7,58-9; **37**:25; **38**:80-1; **41**:7,16-9, 24,31-2; **42**:7-9,12-5,16,52-3,63-4,100,119-22,139,140; **43**:15-6, 18-20,57-8,60,63-5,67,68-70; **44**:7,81-2; **46R**:14-5; **49**:6-7,8,24-6, 33-6; **52**:7; **53**:87; **55**:13-6,21,29-30; **59**:4-5,11,24,55; **62**:8-9

Efficiency and effectiveness, improving, **24R**:xvi-xvii,xix,7,11-2,50-2, 65-7; **30**:64-5,74-5; **32**:28-9,76-85; **33**:7,8-9,21-3,102,124-5; **34**:4-5,27-8; **37**:19-21,35-7,47,50-1,56-8,65; **38**:65,90; **39**:6,12, 40-1,50,51-2,53,56-7,59-60,63-4,65-7,73-5,88-9; **40**:20-2,46,76; **41**:6,46; **42**:22-3,29-30,36-7,88-9,105-6,133-4; **44**:8,33-4,66-7; **48**:34; **49**:6; **50**:17; **52**:5-6,22; **53**:6,12-3,35,58-61; **55**:5; **56**:30-1, 37,8,47,49; **58**:5,6-7; **59**:10-1; **62**:5-6; **63**:26

Established Programs Financing (EPF), block funding, **4R**:10-5,31; **24R**:56; **43**:19-20

Fee for service, salaries, capitation and mixed blended funding, 3:25, 26,32; **4R**:100,113-4; 17:18; **19**:29-30; **22**:18,21,22,39,40; **24R**: xxxi,29,65-6; **30**:51-2,90; **31**:34,36,37,38,42-3; **32**:47,82-3,62,63, 67-8,71,72-3,79; **34**:11-2,17-9; **37**:12-3,17-8,58-9,61-2,106,123-4; **38**:50-1,54,61-2,73,74; **39**:9,16,46-8,53-4; **40**:15-6,23,25-30; **41**:60; **42**:55-7,101,106-7,117,126; **43**:22-3; **46R**:13,90,149-50; **47R**:68-9; **48**:27; **50**:10-4,18,22,23-4; **52**:7,10,11,12-3; **53**:16, 17,34-5,48,49,62; **54**:8-9; **55**:9,10; **56**:14,15,21-2,33-4,52-4,61-2; **57**:6,18-9; **58**:5-6,7-8,9,15,18,19-21,23-6; **59**:9-10,13,28,47-53, 59-64; **60**:8; **61**:4-5; **65**:10,15-6,37-9

Historical background, model and functioning, 2:32-5; 3:26-7; **4R**:5-29,57-60,63; **24R**:11,15-6,55-6; **37**:45-6; **38**:29

Internal market and service-based funding, 22:19,22,37-8; **49**:18-9, 22-3; **50**:8,10-5; **52**:11-3,26-7; **53**:43-4,56-7,61-3,67-8; **55**:4,11-2, 27,30-1; **56**:37-8,41-5,46,51-2,55-67; **57**:20-1; **58**:29-30; **59**:11-2, 28-9,31-2,47-8,49-50; **60**:4-7,13,24-33,39,41-3

Lump sum, additional and surplus, 3:6-8,26-7; **4R**:10,48-51,96-7; **32**:19; **33**:8,97-8; **39**:40; **42**:11,15-6; **44**:80-1; **48**:31-2; **52**:26-7; **53**:19-20,60-2,71-2,76; **54**:24-5; **56**:31-2; **59**:4,26,27,41-3; **62**:5; **65**:55-6

Palliative and terminal care, 2:23-5,27,29,38,43-6; **4R**:98; **6**:20,27,28; 7:6-7; **30**:81-2; **31**:26-8; **43**:65-7; **46R**:130-2,134-5

Pre-funding, pay-as-you-go financing and medical saving accounts, 2:12,13,16,17-8,26-7; **23**:13; **24R**:xvii,59-60; **30**:9,20-2,55-6; **31**:48; **32**:132; **33**:107-8; **34**:8; **37**:29,37; **38**:42,81; **39**:32,54-5, 64-5,68-9; **47R**:53-63; **53**:67; **59**:15,23,25,26-7,33-4,48; **62**:4-5,8, 22,23

Premiums called flat-based premiums, **62**:6,7,8,13-4,20,22,23

Premiums for health care, annual, **24R**:xvii,xviii,60-1,64; **37**:50; **38**:54; **39**:27; **49**:21,22; **59**:9,10,17-8,22,23,26,45-7,72-3; **60**:8,34-5

Primary care, reform, transition funds and incentives, 7:22-5; **22**:40; **24R**:27-9,52-3,66,111-2; **37**:42; **38**:49-53; **39**:78; **42**:101,118-9; **43**:60,65-7; **44**:8-9; **49**:20; **57**:8-9,10,18-20,22-3,24; **52**:14; **53**:18-9,28,43-4,68-9,73-4,76,78-9,95-6; **54**:13-6,23-4; **56**:30-2; **57**:20-1; **58**:11-3,13-4,26-30; **59**:15-6; **61**:31-3

Santé, système, gouvernement fédéral, rôle — *Suite*Danemark, système de santé, comparaison — *Suite*

Hôpitaux privés versus publics, **64**:9-10,11-2,13,16,18-9,20

Ressources humaines, **64**:11,12,13-5

Éducation, formation et recyclage, **11**:15-6; **13**:6-7,29,82; **17**:11-2; **33**:56-7,113-4; **37**:133-4; **43**:72; **44**:17-8; **53**:54,91-2; **56**:11,44; **63**:13

Écoles, inscriptions, contingent accru, besoin, **13**:11,12,16,17-8,19, 33-4,42-3,61; **17**:12-3; **24R**:116; **33**:64-5,73-6; **42**:108,109-11; **43**:32; **46R**:82-3; **56**:32; **63**:19

Écoles, inscriptions, contingent diminué, effets, 5:28-9,38; **13**:9,11,14, 36,37-8,41-2,78,90-1; **24R**:121-2,123; **31**:7,10-1,24; **32**:62-3; **33**:56,64-5; **42**:102,110; **43**:32-3; **46R**:82; **52**:7; **56**:28; **61**:16,18-9; **63**:24

Femmes, augmentation, influence, **13**:8,13,91; **41**:59; **52**:15; **53**:52-3, 54-5

Formateurs, valorisation, besoin, 9:15; **13**:18-9,61,65; **31**:8; **33**:72; **66**:72-4,78,81-3,90-1,107

Formation collégiale, enseignement offert, **13**:92,95-6; **66**:63-71, 108-9,111

Formation universitaire, **11**:6,13; **13**:19,34-5,43,83,95,99; **17**:12,15, 29-30; **24R**:117; **30**:93-4; **31**:10,11,24-5; **32**:62-3,65-6; **33**:55,57-8, 65-70,112; **37**:124-5; **40**:8-9; **41**:13-4; **42**:112-4; **46R**:84; **51**:13-4, 21; **57**:21-2; **61**:20-1,23-6; **63**:19-22,25-6,27; **66**:21-3,25-6,35,52, 71-96,99,108-9

Frais de scolarité, fardeau, influence, 9:27-8; **13**:9,12,19,34,36-7,42, 61,78-9; **24R**:123-4; **32**:65,72; **33**:41,114,120-1; **41**:13; **42**:93; **44**:6; **46R**:83-4; **61**:28

Infirmières et infirmiers, 9:15; **13**:19-20,36,55-6,57,61-2,64,69,77, 78-9; **24R**:116,126; **30**:92; **31**:7-8,10-1,12,16,19-20,24-6; **32**:64-6, 69,72-3; **33**:41,66; **42**:112-4; **44**:6,21,26; **46R**:86,90-1; **52**:7-8; **61**:13,16,18-26,28; **63**:18,19-20,25-7; **66**:48,57-9,71,72-4,81-3, 89-90,99,109,111

Licences de médecine, transférabilité, **63**:23-4

Programmes d'enseignement, évaluation, besoin, **33**:111-3,114,122-3; **42**:108-9,112-4; **43**:72

Spécialisation, **13**:83,87-8,90-4,95,96-7,99; **24R**:126; **33**:66,127; **42**:125; **63**:15

État de santé, qualité de vie et comportement, 2:10,11,14,18-9,48; **4**:8, 15,36; **4R**:79-83,86-7,102-3,117-9; **5**:11,12-3,21; **22**:35-6; **24R**:x, xi-xii,7,11,22,129-30; **33**:119-20; **37**:22-3; **41**:7; **42**:42-3,54; **43**: 52-3,90-2

Alphabétisation, manque, influence, 4:8-10,11,17,34,37-40; 9:17-8, 32-40; **11**:17; **12**:22-3,24; **24R**:132,133; **46R**:28; **52**:16,18

Comparaison internationale, **4R**:83-6

Enfants, intervention précoce, **22**:26; **43**:77-84; **52**:17-8,19; **59**:34; **63**:64; **66**:39,48-9

Facteurs environnementaux, **42**:72-4,75-7

Facteurs sociaux et économiques, déterminants, influence, 2:11-2, 25-6,27,28; **4R**:87-99,101-2,122; **5**:33-4; **6**:15,29-30; **9**:23; **19**:19, 20-1,32-5; **24R**:xxxv-xxxvi,xxxvii,129,132-3,135-7; **30**:85; **33**:99, 104,109-10; **34**:40-1; **37**:25,116,128-9; **38**:80; **39**:68-9; **40**:83,92; **41**:14-5,64-5; **42**:68,85-6,92-3,130; **43**:11-3,57,60-3,81-2,85; **44**:6, 29-30; **46R**:51-2,55,144-6; **53**:34; **59**:35; **61**:12,30

Santé, promotion préventive, 6:5,8-9,12,14,15-6,18-22,24-6,27-9, 30-3; 7:5-6,9,17,18,19-20,22-5; **12**:26; **13**:23-4; **17**:23-7; **24R**:xxxvi-xxxviii,7,14-5,17,24-5,57-8,130-1,133-8; **30**:59,71-2; **31**:32,38-9,68-71,75; **32**:19,110,128,133; **33**:8,19-20; **37**:26-8,31-5, 37-41,74-5,115-6,131,135,140-2; **39**:32; **40**:20-1,33-4,71-2,74-5, 82-5,92-3; **41**:7-8,10-1,35-6,40-2,48-50,52-6,63-4,65-6,68,69-70; **42**:17,23,67-8,72-6,128,129,142-3; **43**:12,13-4,17,23,73; **44**:30, 31-2,64; **46R**:13-4,50,52-7; **49**:26-8; **52**:19; **53**:6,30-1,33; **56**:12,21; **57**:5; **59**:30-1,35; **60**:21-2,44; **61**:9-10,13-4,17; **62**:16

États-Unis, système, comparaison, 2:14,28,36,42; 3:20-1; 4:8,28-9; **4R**:115; **6**:18-9,28; **12**:9-10; **13**:50,68-9,72; **22**:13-4,16,32; **23**:4-5, 14-6,17-8,20-2; **24R**:28; **31**:34-5,37-8; **33**:16,26-7,39-40; **34**:33-4,41; **37**:24,43-6; **39**:30,57,59,74-6,81; **42**:58-9,140; **47R**:43-4,46-8; **48**:8-13,22,23-7; **49**:29; **52**:13,69-70; **55**:7; **56**:62; **58**:16-9; **60**:31-2

Comptes d'épargne santé, **47R**:55-9

Enfants, programmes, **23**:9,13-4; **33**:21; **47R**:46

Medicaid, **23**:8-9,12-3; **47R**:46,48

Health care system, federal role —Cont'd**Financing, federal-provincial, share and transfers —Cont'd**

Private system, competition, 2:35-6; **4R**:105-6; **22**:19,33,34-5;
24R:5-6,39-40,54; **30**:44-6,61,68-70,96-8; **31**:46,47; **32**:78-9,80-1,
 131; **33**:13-4,33-5,39-42,79-84,86-93,100,102; **34**:26-7,33-4,38-42;
37:36-7,42-3,48,51-2,66; **38**:10,13,29-31,44,49-52,55-6; **39**:66-8,
 70-2,76-7,78,79-80,84-8; **40**:21-3,93-4; **42**:10-1,23-4,28-9,58-9,89,
 115-6; **43**:16-7; **48**:6-7,16; **49**:16; **52**:31-2; **53**:8-9,64-8,70,71,75-6;
54:16-9; **55**:4; **56**:35-9,55,56,58-63; **58**:15-6,18-9; **59**:29-30,31;
60:7-8; **65**:53-4

Provinces, health expenses versus education and social assistance,
4R:70; **33**:6,15-6; **37**:20,25; **39**:24,41-2; **42**:139-40; **43**:56-7,65;
49:35; **54**:10; **59**:5; **61**:12,30-1

Public and semi private system, actual, 2:13,42-3; **4R**:41,61-2,71,
 95-6,98,100-6; **13**:72-3; **22**:24,30; **24R**:xiii-xvi,xix,17-8,34,39,67-8,
 137; **30**:43,44-6,48-9,62; **31**:54-5; **32**:48,111-2,131-2; **33**:5-6,13-4;
37:37,60; **38**:7-8,42-4,45-7; **39**:21-2,62,72-3,81; **42**:39-40,132-3;
44:36-7; **48**:13-4,15-7,26-7; **49**:8,9-12,15-6,18-9; **53**:42-3,65,74-5;
56:55-7; **60**:31-2

Public funded system, 2:35,37,40; **3**:35; **4R**:95; **24R**:5; **31**:53-5;
32:18,76-8; **37**:113,119; **53**:13-4; **59**:10-1

Regionalization, 7:15; **22**:21,22; **24R**:53-4; **32**:132; **33**:98-100,108-9;
37:110-2,118-20,122-6; **38**:14-5,44-5; **41**:60-2; **42**:52,127-30,137-9;
43:37-40,53-4,70-3; **50**:9; **52**:11-2; **53**:10,16-7,19,40-2,59-60;
54:11-2; **55**:19-20,25-32; **59**:52

Sustainable and stable long-term funding, need, 2:37; **3**:34-5; **4R**:24-7,
 50-1; **24R**:6,50-1,57; **30**:45-7; **32**:38,47,48-52,80,131; **33**:24,98;
34:10-1; **37**:110,112-3,118; **38**:34,37-9,45; **39**:10-1,78-9; **41**:51;
43:17,56,64; **44**:9-10,60-1; **46R**:15; **49**:6-7,16-8; **52**:5,18,22; **53**:9,
 63-4,65,86-7,89-90; **54**:29-30; **56**:42-3; **60**:39,44

Tax, health tax separate from income, earmarking tax, **38**:54-5; **39**:11,
 24-8,58-9; **49**:21-2; **53**:59-60,64,72; **59**:5-9,22,23-6,39-41,44-6,72;
60:33-4,35,39; **62**:5-6,15-9,21-2; **65**:44-5,46,52-5,57-8

Tax, income tax on health care with statement, 2:29; **4R**:43-4;
24R:xviii,xix,61,63-4; **32**:52-4; **34**:8; **37**:60; **40**:46-7,51; **41**:30-1;
42:100-1,105-6; **59**:16-9,21-3,26-8,73-4; **62**:7,9-13,19-21,23-4;
65:45-6

Tax points and cash transfers, decrease, political discontent, **3**:21-2;
4R:9-10,20-4; **13**:49-50; **22**:18-9,20-1,33; **24R**:10,37,55-7,60;
32:51,132; **33**:38-9; **34**:8,9; **37**:20-1,112; **39**:52-3; **42**:56-7,88,
 140-1; **44**:36-7,81; **49**:34; **53**:72-3,84-6,90-1,93-4; **54**:10-1,12-3,
 25-6; **55**:20,21; **59**:14,38

User fees and co-insurance, 2:26-7,48-9; **4R**:31-4,37-9,53,103-4,
 107-8; **22**:19,22-3,25-6,42-3; **24R**:xviii-xix,60-1,62-3,66-7,113;
30:10-1,64; **31**:48; **32**:19-21,85-8,108,126; **33**:7,14-5,27,35,37-9,
 84-5; **34**:8-9,11,28-9; **37**:24,28,44,60,66,70,74,76-8,113,116-7;
38:41-2,47-9,90-1; **39**:31,52; **40**:7-9,30-3,50-1,71,72-3; **41**:11,30;
42:87,88,89,134; **43**:74,87-8; **44**:41-2; **47R**:67; **49**:8-9,21; **52**:26;
54:22-3; **55**:8; **59**:7,8,21; **62**:5,9,11-2,16,17-9; **63**:47-8; **65**:36-7

Germany, sickness fund, system, comparison, 4:5; **20**:10-1; **47R**:13

Accessibility, waiting time and charter, **20**:12-3,14-5,22-4; **47R**:18-9

Financing, contributions base, user fees, **20**:5-7,9-10,11-2,14,17-21,
 25; **47R**:13-5,18; **53**:27; **55**:7-8,25

Home care, **55**:5,6,7,13,17-8,22,23-5

Human resources and remuneration, **20**:9,13-4,21-2,24-5; **47R**:16-7

Private insurance, role, **20**:7-8,18-9; **47R**:15

Senior citizen, 2:23-4; **3**:26; **20**:15-7

Health status, quality of life and behaviour, 2:10,11,14,18-9,48; 4:8,15,
 36; **4R**:73-7,80-1,94-5,108-10; 5:11,12-3,21; **22**:35-6; **24R**:xxi-xxii,
 9,20,119-20,122; **33**:119-20; **37**:22-3; **41**:7; **42**:42-3,54; **43**:52-3,90-2

Children, early intervention, need, **22**:26; **43**:77-84; **52**:17-8,19;

59:34; **63**:64; **66**:39,48-9

Environment, influence, **42**:72-4,75-7

Santé, système, gouvernement fédéral, rôle —Suite**États-Unis, système, comparaison —Suite**

Medicare, **23**:6-8,10-1,16,20; **47R**:44-5,48-9; **48**:10

Organisation de soins intégrés de santé (OSIS), **23**:18-20,21; **48**:11

Personnes non assurées, **23**:5-6,11,14,17; **47R**:46,47

Soins de santé, accès en temps opportun et qualité, **23**:11-2,16,17;
30:55-6,63,66-7,88,89,97; **48**:10; **52**:32-3

Femmes, santé et prévention, **19**:32-3; **30**:71-3; **42**:65-6,77-8; **46R**:106

Femmes autochtones, **16**:38-41,43,52-3,72-3

Réforme, répercussions, **11**:21-3,28-30,33-5; **30**:56-8,65,73-4; **42**:67;
53:43,44-6

Vieillessement et pauvreté, **40**:95-6; **42**:67,68,72; **59**:21

Zones rurales, **17**:4-5,13,25

Financement fédéral-provincial, partage et transfert, 2:20-1,29;

4R:69-71; 7:7-8; **24R**:ix-x,xxiv,6,27-8,51-2,92-3; **33**:24-5; **37**:28-9,
 32-3; **38**:97-9; **39**:49-50; **40**:91-2; **62**:14-5

Capitalisation anticipée, financement par répartition et comptes
 d'épargne santé, 2:12,13,16,17-8,26-7; **23**:13; **24R**:xviii,62-3;
30:9,20-2,55-6; **31**:48; **32**:132; **33**:107-8; **34**:8; **37**:29,37; **38**:42,81;
39:32,54-5,64-5,68-9; **47R**:51-61; **53**:67; **59**:15,23,25,26-7,33-4,48;
62:4-5,8,22,23

Dépenses provinciales de santé versus éducation et aide sociale,

4R:76-7; **33**:6,15-6; **37**:20,25; **39**:24,41-2; **42**:139-40; **43**:56-7,65;
49:35; **54**:10; **59**:5; **61**:12,30-1

Efficience et efficacité, accroissement, **24R**:xvii-xviii,xx,8,14,52-4,
 69-72; **30**:64-5,74-5; **32**:28-9,76-85; **33**:7,8-9,21-3,102,124-5;
34:4-5,27-8; **37**:19-21,35-7,47,50-1,56-8,65; **38**:65,90; **39**:6,12,
 40-1,50,51-2,53,56-7,59-60,63-4,65-71,73-5,88-9; **40**:20-2,46,76;
41:6,46; **42**:22-3,29-30,36-7,88-9,105-6,133-4; **44**:8,33-4,66-7;
48:34; **49**:6; **50**:17; **52**:5-6,22; **53**:6,12-3,35,58-61; **55**:5; **56**:30-1,
 37-8,47,49; **58**:5,6-7; **59**:10-1; **62**:5-6; **63**:26

Financement des programmes établis (FPE), **4R**:11-6,24,33; **24R**:59;
43:19-20

Financement forfaitaire, additionnel et surplus, **3**:6-8,26-7; **4R**:11,
 53-6,104-5; **32**:19; **33**:8,97-8; **39**:40; **42**:11,15-6; **44**:80-1; **48**:31-2;
52:26-7; **53**:19-20,60-2,71-2,76; **54**:24-5; **56**:31-2; **59**:4,26,27,41-3;
62:5; **65**:55-6

Financement stable, long terme, besoin, 2:37; **3**:34-5; **4R**:26,27-8,
 55-6; **24R**:6,53,61; **30**:45-7; **32**:38,47,48-52,80,131; **33**:24,98;
34:10-1; **37**:110,112-3,118; **38**:34,37-9,45; **39**:10-1,78-9; **41**:51;
43:17,56,64; **44**:9-10,60-1; **46R**:16; **49**:6-7,16-8; **52**:5,18,22; **53**:9,
 63-4,65,86-7,89-90; **54**:29-30; **56**:42-3; **60**:39,44

Historique, évolution et modèles, fonctionnement, 2:32-5; 3:26-7;
4R:6-31,63-7,70; **24R**:13,17-8,58-9; **37**:45-6; **38**:29

Hôpitaux universitaires, financement séparé, besoin, **11**:6; **53**:17,31-2,
 54,86,95; **56**:44,45,46-50,51,52-5,58-60,64-5,71; **59**:52-3; **63**:5-27;
65:43

Impôt sur la santé détaché du revenu, impôt affecté, **38**:54-5; **39**:11,
 24-8,58-9; **49**:21-2; **53**:59-60,64,72; **59**:5-9,22,23-6,39-41,44-6,72;
60:33-4,35,39; **62**:5-6,15-9,21-2; **65**:44-5,46,52-5,57-8

Impôt sur le revenu selon soins reçus avec relevés, 2:29; **4R**:45-6;
24R:xviii,xix,64-5,67-8; **32**:52-4; **34**:8; **37**:60; **40**:46-7,51; **41**:30-1;
42:100-1,105-6; **59**:16-9,21-3,26-8,73-4; **62**:7,9-13,19-21,23-4;
65:45-6

Impôts, points et transferts monétaires, réduction, désaccord et plaintes,
 3:21-2; **4R**:10,14-6,22-7; **13**:49-50; **22**:18-9,20-1,33; **24R**:12,39,
 58-61,63-4; **32**:51,132; **33**:38-9; **34**:8,9; **37**:20-1,112; **39**:52-3;
42:56-7,88,140-1; **44**:36-7,81; **49**:34; **53**:72-3,84-6,90-1,93-4;
54:10-1,12-3,25-6; **55**:20,21; **59**:14,38

Marché interne des services hospitaliers dispensés, **22**:19,22,37-8;
49:18-9,22-3; **50**:8,10-5; **52**:11-3,26-7; **53**:43-4,56-7,61-3,67-8;
55:4,11-2,27,30-1; **56**:37-8,41-5,46,51-2,55-67; **57**:20-1; **58**:29-30;
59:11-2,28-9,31-2,47-8,49-50; **60**:4-7,13,24-3,41-3

Primes annuelles d'assurance santé, **24R**:xviii,xix,64,68; **37**:50;

38:54; **39**:27; **49**:21,22; **59**:9,10,17-8,22,23,26,45-7,72-3; **60**:8,34-5

Primes uniformes, **62**:6,7,8,13-4,20,22,23

Health care system, federal role — *Cont'd*Health status, quality of life and behaviour — *Cont'd*

Health promotion and disease prevention, 6:5-8,9,12,14,15-6,18-22, 24-6,27-9,30-3; 7:5-6,9,17,18,19-20,22-5; 12:26; 13:23-4; 17:23-7; 24R:xxxiv-xxxv,6,12,15,22-3,55,123-7; 30:59,71-2; 31:32,38-9, 68-71,75; 32:19,110,128,133; 33:8,19-20; 37:26-8,31-5,37-41,74-5, 115-6,131,135,140-2; 39:32; 40:20-1,33-4,71-2,74-5,82-5,92-3; 41:7-8,10-1,35-6,40-2,48-50,52-6,63-4,65-6,68,69-70; 42:17,23, 67-8,72-6,128,129,142-3; 43:12,13-4,17,23,73; 44:30,31-2,64; 46R:13-4,48,50-5; 49:26-8; 52:19; 53:6,30-1,33; 56:12,21; 57:5; 59:30-1,35; 60:21-2,44; 61:9-10,13-4,17; 62:16

International comparison, 4R:77-80

Literacy skills, lack, influence, 4:8-10,11,17,34,37-40; 9:17-8,32-40; 11:17; 12:22-3,24; 24R:121-2; 46R:27; 52:16,18

Social and economic factors, determinants, influence, 2:11-2,25-6,27, 28; 4R:81-92,93-4,112-3; 5:33-4; 6:15,29-30; 9:23; 19:19,20-1, 32-5; 24R:xxxiii-xxxiv,7,119,121-2,123,125-7; 30:85; 33:99,104, 109-10; 34:40-1; 37:25,116,128-9; 38:80; 39:68-9; 40:83,92; 41:14-5,64-5; 42:68,85-6,92-3,130; 43:11-3,57,60-3,81-2,85; 44:6, 29-30; 46R:49-50,52-3,137-9; 53:34; 59:35; 61:12,30

Home and palliative care, quality, expenses and funding, 2:33,38,39,43, 46,49-50; 3:25; 4R:26-7; 13:52-3,70-1; 14:6-10,19-20,22-3; 24R:10, 80-2; 31:39-41; 32:43,45-6,89-90,96; 33:7,9,56; 37:64-5,93-4,96-7, 135; 38:8-9,13,14,91-2,94-7; 39:7-8,71-2,95; 42:135,136-7; 43:8, 20-1,60,68,75-6; 44:31; 46R:121-6,130-2,133-5,151; 48:22-5,32-3, 36-9; 49:19-20,34-5; 53:66,92; 54:5-6,26-7; 56:26-7; 59:67-8; 60:38-9,40; 65:7-8,10-1,12-5,16-8,20-3,24-5,30-1,48-9; 66:47,48, 54-5,60,122

Caregivers, formal and informal, 7:12; 11:22-3,29-30,33,34; 14:10-1, 12-3,16-8,30; 24R:xxii,84-5; 30:57,73-4,77-8,79,81-2,83; 31:9; 32:50; 37:30-1,86,91-3,99-100,104-5; 38:32,85,92-3; 41:20-1,26-9, 38-9; 42:68-9,71,77-8; 43:7,10-1,76; 44:71-2; 46R:121,123-4, 128-30,132-3; 53:36-7,38,43,44-6; 54:19-20; 55:24-5; 56:41; 65:23-4,25-6,37-8

Case manager, 14:21-2,23-4; 46R:131-2

Catastrophic cost dependent upon income, 65:25-6,34,35,36-7

Clients and patients, types and assessment, 65:5,6,8,10,11,13,15,16, 19-20,23,27-30,31-2,33-4

Dedicated insurance fund, 14:28-30; 24R:xxii,84

Extra-Mural Program, New Brunswick, example, 44:52-6; 46R:94; 59:58-9; 65:4-7,14,18-20,25-9,31,33,38

Home care versus hospital care, 14:24-6,32-3; 30:78-9; 32:58-61,71; 37:47,65,94-5; 43:66-7; 44:11,52-3; 46R:123,124; 50:26-7; 54:7-8; 56:39-41; 58:28-9; 59:70-1; 60:36-8; 65:6-7,9,11-2,17,24

National program, need, 14:9,11-2,13-6,18,20-1,24,26-8,31-2; 19:41-2; 24R:xxii,82-3; 30:81; 31:9,26-8,47; 32:110-1; 33:29-30; 37:84-6,91-2; 40:97-9; 44:33-5,37-8; 46R:126-8,131,133,136; 54:27-9; 55:5,6-7,17-8,20,21,22-3; 59:71-2; 65:8-10,26-7,30,32

Tax, credit, deduction and incentives, 24R:xxii,83-4; 53:45; 54:20, 22-4; 55:25; 56:26,27

Upgraded model of continuing and community care, 65:12-4,17,26

Human resources, medical, nursing and professional, working conditions, 5:22-3; 6:32; 13:5-6,7-8,12-4,17,35; 24R:xxi,9,118; 30:47; 32:63-4; 33:67-8; 38:7,10,12; 41:11-2; 42:17-9,31; 43:14-5; 44:78-9; 46R:128-30; 49:12-3; 53:51-2; 59:50-1,52-4

Brain drain, repatriation and mobility, 5:37-8,39; 13:7,12,19,22,27,34, 38-40,61-2,68-9,72-3,75,76-8,94; 17:15; 24R:109,114-5; 31:16; 32:63; 33:69,121-2; 46R:81-2; 53:54-5,91; 63:13,23-4

Chiropractors, 13:83-7,96,99

Consultation for reform, need, 34:15-7,23-5,27-9; 37:18-9; 39:17-8, 92; 40:81; 41:33-4; 43:18; 58:6,8; 59:51; 61:10

Ethics, 40:75-7,81-2; 42:55-7,59-61,126,133-5; 46R:100; 48:27-8; 49:31-2

International graduates, integration, need, 5:29; 13:7,11,12,17,27,33, 38,82; 17:11,29; 24R:108; 33:56; 41:11; 42:102; 43:32-3; 46R:79-80; 52:15-6

Santé, système, gouvernement fédéral, rôle — *Suite*Financement fédéral-provincial, partage et transfert — *Suite*

Reddition de compte, responsabilisation, 3:22; 4R:29-31,42; 7:23; 13:56,91; 22:24,30,31,38; 24R:xxx-xxxi,11-2,14,15,22,23,27,39, 60-2,113-4,141-2,145; 30:42-4; 31:31; 32:15-7,26-30,33-6; 33:118; 34:5,15-6,25,39; 37:71,72-3,78,112,130; 38:47,51,80; 39:24-6, 50-1,55-6; 41:50-1; 42:16-7,19-20,30-1,34-5,50-1,58,61-2,84,100, 101-2,117-8; 43:18,44,48,73,88-9,91; 44:9,30,40-1; 48:28-9,35-6; 49:6-7,8,11,18,22,23-4,35; 50:8,17,20,23-4; 52:28-30; 53:6,8,9-10, 19,20-1,62-3,84-7; 54:8,9,10-3,5-6,29; 55:8-9,13-4,15,16,25-8; 56:42-3,49,52; 57:20,29; 59:9,13,19,20-1,54-7,60; 60:5,39-40; 63:25; 65:27; 66:27

Régionalisation, 7:15; 22:21,22; 24R:56; 32:132; 33:98-100,108-9; 37:110-2,118-20,122-6; 38:14-5,44-5; 41:60-2; 42:52,127-30,137-9; 43:37-40,53-4,70-3; 50:9; 52:11-2; 53:10,16-7,19,40-2,59-60; 54:11-2; 55:19-20,25-32; 59:52

Rémunération à l'acte, salaire, capitation et financement mixte, 3:25, 26,32; 4R:108-9,123; 17:18; 19:29-30; 22:18,21,22,39,40; 24R:xxxiii-xxxiv,31,70; 30:51-2,90; 31:34,36,37,38,42-3; 32:47, 82-3,62,63,67-8,71,72-3,79; 34:11-2,17-9; 37:12-3,17-8,58-9,61-2, 106,123-4; 38:50-1,54,61-2,73,74; 39:9,16,46-8,53-4; 40:15-6,23, 25-30; 41:60; 42:55-7,101,106-7,117,126; 43:22-3; 46R:13,94-5, 156; 47R:66-7; 48:27; 50:10-4,18,22,23-4; 52:7,10,11,12-3; 53:16, 17,34-5,48,49,62; 54:8-9; 55:9,10; 56:14,15,21-2,33-4,52-4,61-2; 57:6,18-9; 58:5-6,7-8,9,15,18,19-21,23-6; 59:9-10,13,28,47-53, 59-64; 60:8; 61:4-5; 65:10,15-6,37-9

Soins palliatifs et terminaux, 2:23-5,27,29,38,43-6; 4R:106; 6:20,27, 28; 7:6-7; 30:81-2; 31:26-8; 43:65-7; 46R:136-8,141

Soins primaires, réforme, fonds de transition, besoin, 7:22-5; 22:40; 24R:29-32,54-6,70,119-21; 37:42; 38:49-53; 39:78; 42:101,118-9; 43:60,65-7; 44:8-9; 49:20; 50:7-8,9,10,18-20,22-3,24; 52:14; 53:18-9,28,43-4,68-9,73-4,76,78-9,95-6; 54:13-6,23-4; 56:30-2; 57:20-1; 58:11-2,13-4,26-30; 59:15-6; 61:31-3

Système privé, concurrence, 2:35-6; 4R:114-6; 22:19,33,34-5; 24R:5-6,41-2,57; 30:44-6,61,68-70,96-8; 31:46,47; 32:78-9,80-1, 131; 33:13-4,33-5,39-42,79-84,86-93,100,102; 34:26-7,33-4,38-42; 37:36-7,42-3,48,51-2,66; 38:10,13,29-31,44,49-52,55-6; 39:66-8, 70-2,76-7,78,79-80,84-8; 40:21-3,93-4; 42:10-1,23-4,28-9,58-9,89, 115-6; 43:16-7; 48:6-7,16; 49:16; 52:31-3; 53:8-9,64-8,70,71,75-6; 54:16-9; 55:4; 56:35-9,55,56,58-63; 58:15-6,18-9; 59:29-30,31; 60:7-8; 65:53-4

Système public, 2:35,37,40; 3:35; 4R:103-4; 24R:5; 31:53-5; 32:18, 76-8; 37:113,119; 53:13-4; 59:10-1

Système public et semi privé actuel, 2:13,42-3; 4R:44,67-9,77-8,104, 108,109-14; 13:72-3; 22:24,30; 24R:xiv-xv,xix,20,36,41,51,72,147; 30:43,44-6,48-9,62; 31:54-5; 32:48,111-2,131-2; 33:5-6,13-4; 37:37,60; 38:7-8,42-4,45-7; 39:21-2,62,72-3,81; 42:39-40,132-3; 44:36-7; 48:13-4,15-7,26-7; 49:8,9-12,15-6,18-9; 53:42-3,65,74-5; 56:55-7; 60:31-2

Ticket modérateur, frais d'utilisation et co-assurance, 2:26-7,48-9; 4R:33-6,39-41,45-7,57-8, 22:19,22-3,25-6,42-3; 24R:xviii-xix,xx, 64,65-7,70,71,121; 30:10-1,64; 31:48; 32:19-21,85-8,108,126; 33:7,14-5,27,35,37-9,84-5; 34:8-9,11,28-9; 37:24,28,44,60,66, 70,74,76-8,113,116-7; 38:41-2,47-9,90-1; 39:31,52; 40:7-9,30-3, 50-1,71,72-3; 41:11,30; 42:87,88,89,134; 43:74,87-8; 44:41-2; 47R:65; 49:8-9,21; 52:26; 54:22-3; 55:8; 59:7,8,21; 62:5,9,11-2, 16,17-9; 63:47-8; 65:36-7

Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) et péréquation, 4R:16-21,24-5; 24R:xviii,11,41,59-60,62; 37:25; 38:80-1; 41:7,16-9,24,31-2; 42:7-9,12-5,16,52-3,63-4,100, 119-22,139,140; 43:15-6,18-20,57-8,60,63-5,67,68-70; 44:7,81-2; 46R:15; 49:6-7,8,24-6,33-6; 52:7; 53:87; 55:13-6,21,29-30; 59:4-5, 11,24,55; 62:8-9

Gestion autonome et indépendante provinciale ou société d'État, 22:31; 24R:xx; 34:23-5; 37:118,119-20; 39:11-2; 53:72; 55:8; 59:56; 60:13-4; 65:40-2,47,56-7

Écueils et ingérence politiques à contourner, 53:36,37,41,42,45; 55:12,27-8; 56:42; 60:14; 65:42,49-50,51

Gestionnaires, pouvoirs et responsabilités, 53:16,37-8,39-40

Historique, 55:9-13,28

Ministres de la santé, rôle, 52:6-7; 53:17,38-9; 65:50-1

Health care system, federal role —Cont'd

Human resources, medical, nursing and professional, working —Cont'd

Multidisciplinary team work, co-ordination, need, **13**:10-1,13-5,16, 19-23,46-9,51-3,57-8,65-6,70-2,73-4,84-7,98-100; **14**:28; **17**:26-7; **19**:45; **24R**:xxx-xxxii,52-3,109-12; **30**:50-1,52; **31**:11-3,15,18-21, 23,29,30-1,37,39-43,47,52-3; **32**:21,56-7,65-6,69,73-5,77,98-100; **33**:34-6,59-63,67-8,72,98,99,126-7; **34**:5,7,9,15-6,38-9; **37**:7-12, 14-6,18-9,62-3,69-70,76,105-6,113-4,127-8; **38**:61-2,64-5,66-7,70, 73-4; **39**:14-6,38-9,43-4,53,61; **40**:14-6,25,34,35-6,98; **41**:21-3, 25-6,28-9,31,34-9,43; **42**:83-4,93-7,107,125-6,143-4; **43**:9,22, 29-30; **44**:16-7,21-2,32,41-2,82,84-6; **46R**:88-90; **48**:12,27; **50**:14-5,18-9,21-3,26; **51**:7,9; **52**:14-6,21-2; **53**:21-2,46-53,55-7, 82-3; **56**:11-2,13-5,17-8,20-1,24-5,30-3,35-7; **57**:6,12,13,15-7,28-9; **58**:8-10,11-2; **59**:51,54; **61**:4,6,11-2,30-1; **63**:21; **66**:38-40,48-50, 52,60-1,94-5,108,110-1,123-4

National human resources strategy, need, **13**:17,28-33,34,60,82; **14**:13; **17**:9-11,15,28-9; **24R**:xxix,xxxii,20,108-9,114; **30**:47; **32**:57; **33**:57; **34**:23; **37**:120,125; **38**:25,41,44-5,62; **39**:79; **42**:83, 127; **43**:45,72,80; **46R**:82,91,130; **53**:47,49,53-4,91-2; **54**:6-7; **57**:28; **59**:10; **61**:5,29-30; **63**:18

Nurses and nursing, value, **4R**:114-5; **11**:22; **13**:36,43-80; **14**:16; **17**:5-6,19-20; **24R**:xxix,116-8; **30**:12,19-20; **31**:5-7,8,10-7,19-20, 23-6,28,37; **32**:21,26,55-8,64-5,69-74; **34**:21-2; **37**:63,105-6,127-8; **38**:7,24-5; **39**:16-7,44; **40**:35-6; **41**:17,21-2,25,29,33,34,36-7,43-4; **42**:16,66,112-4; **43**:30; **44**:5-6,15-6,21,26-7,37-8,82,84-5; **46R**:82-7,89-90; **50**:24; **52**:8; **53**:42-3,48,52,55; **56**:23-4,25-6; **57**:17-8; **58**:9-11,13,19-21,23,24; **61**:4,7-8,10-1,13-30; **63**:18; **65**:39

Optometrists, **37**:68-9,71,76-8; **40**:5-17

Physicians, general and specialized, **4R**:100,113-4; **13**:6-10,15-6,34-6, 40-1,83-91,94-8; **17**:7-9; **24R**:115-6; **30**:50-2; **31**:21,33,34,36,37, 41-3,74; **32**:47,74,82; **33**:41-2,51-6,63,75-9,85-6,94-5; **34**:19-21; **40**:38-9; **43**:29-31,49-50; **46R**:76-82; **50**:12-3; **52**:14-5; **55**:9-10; **56**:10-1,15-8,19-20,24-5,33-4; **57**:4-5,7,25-8; **58**:5-6

Rural Canada, attraction and retention, **11**:16; **13**:6-7,35,41-3; **17**:5-6,7-15,18-21,24,26-7,28-30; **30**:51-2; **32**:25-6,32-3,35,132, 134-6; **33**:51-5,56,57,65; **34**:8; **43**:30-1; **46R**:78,140-3; **50**:21; **57**:15-6,21-4,26,27-8; **58**:13; **59**:50,52-4,60-1,64-7

Shortage, **3**:9-12,13-4,16-21,23-4,25,27-9,31-3,35-6; **5**:7,8,27-9,30, 37,39-40; **9**:14; **13**:7,15,28,50-1,54,55,65,67,69-70,79,81-2,88-9, 94,97-8; **14**:16; **16**:17-8; **17**:5; **22**:44; **24R**:xxix,7,42,107-8; **30**:87; **31**:68; **32**:56,61-2; **33**:41-2,51-5,56,63,75-9,85-6,94-5; **34**:8,14, 19-23,24; **37**:61-2,105,127,128,133; **38**:13,91; **39**:30-1; **40**:38; **41**:22,72; **42**:15,16,82-3,108; **43**:15,17-8,30,49-50,55-6; **44**:8,10, 11-2,18-9,69-70; **46R**:41,75-8,81-2,83-6,87-8; **52**:8; **57**:4,5,24,25; **59**:53-4,59,60-1,64; **61**:13,15-6,18-9,24-5; **63**:17-8,24-5; **66**:57-8, 92-4,123

Technologists, **13**:80-2,91-100; **32**:61-2,64,71-2; **46R**:87

International comparison, **2**:42; **3**:14; **4**:18-9,23; **4R**:65-9,77-80,106-7, 111; **5**:7; **6**:18,27; **7**:10-11,20-2; **9**:19; **11**:8-9; **13**:28,93; **14**:29-30; **15**:4-7; **22**:13-9,21,25-30,40-3; **24R**:7,8,32,34,35,41,45-6,49,64-5, 67,96; **30**:48,60-1,97-8; **31**:34-6,49,51-2; **32**:15,90-1; **33**:37,42-3, 100-2,104-7,126; **37**:60,109,126; **38**:12-3,46,50-2,86; **39**:38-9,62-3, 67,78,81; **40**:69; **42**:47,89-90,122; **46R**:103; **47R**:61-2,65-9,70; **48**:14-5; **49**:10,17; **53**:58-9; **55**:5,6,7,13,22; **58**:16,17-8; **60**:7; **65**:52-3

France, comparison, **30**:5-7,13-5,17-9,22-3; **48**:14

India, cataract surgery, **55**:30-1

New Zealand, comparison, **13**:19-20; **22**:23-4,25,27; **31**:35; **33**:116, 117; **58**:11

Norway, doctors, salaries, **58**:9

Patient's bill of rights, possibility, **20**:22-4; **24R**:45-7

Singapore, comparison, **30**:9-10,21; **33**:107; **37**:29,37; **47R**:53-4

South Africa, **47R**:55-6

Manitoba, health care system

Bureaucracy, expenditures, financing and costs, **30**:11-4,16-7,23,42, 44-7,48,89; **52**:6-7

Franco-Manitoban community, access and quality, **30**:84-7,91-2,93-4; **66**:43-6,50,54-8,60-1,101-3,124

Homecare and caregivers, **30**:57,73-4,77-9,81-2,89,94

Human resources, **30**:12,13,14,19-20,47-8,50-2,87,91,92

Privately owned clinics, user fees, **30**:10-1,44,52-3,67-8,92-3,94-5

Santé, système, gouvernement fédéral, rôle —Suite

Gestion autonome et indépendante provinciale ou société d'État —Suite

Professionnels, équipes concertées, besoin, **53**:42

Ressources financières, reddition de compte, **46R**:15; **52**:26-8; **53**:10, 16-7,19,40-2,43-4,59-60,63,68; **55**:8-9,12-4,15,16,25-32; **56**:42-3; **60**:14-6; **65**:42,47,51-2

Soins à domicile, **65**:48-9

Île-du-Prince-Édouard, système, **43**:9-10

Accès et attentes, **43**:54-6,59,61-2,67,88

Centre communautaire Évangéline, **66**:38-40,48-50,53,55,60-2

État de santé, **43**:11-4,39,52-3,56,57,60-3,69-70,77-85

Financement, **43**:12,15-20,44,52,53,54,56,57-8,60,62,63-72,79,80, 86-8

Médicaments et assurance-médicaments, **43**:7-8

Ressources humaines, **43**:13,14-5,17-8,45,49-50,55-6,57,58-9

Services communautaires et régionalisés, **43**:37-44,45-9,50-1,53-4, 59-60,72,74-5,83-6,93-4

Soins à domicile, **43**:5-7,8,10-1,16,20-1,60,66-7,68,75-6

Loi canadienne sur la santé

Accords commerciaux internationaux, influence, craintes, **31**:46-7,48; **41**:23

Constitutionnalité, soins de santé, droit implicite, **18**:4-33; **22**:36-7; **24R**:39-40,42-3; **30**:79-80,96; **32**:139-40; **33**:81; **53**:70-1; **59**:33

Définitions, principes, élargissement, **4R**:3,36-9,42-7,57,105-9,110-4; **5**:5; **22**:21,31; **24R**:x,xiv-xvii,xxix,5,12,18-20,43-6,59,72-4,147; **30**:80-1; **31**:46,47-8; **32**:12,43-4,111; **34**:6,10,34; **37**:22,23,29-30, 65,68,77; **38**:27,35-6,89-90; **39**:50,52,79-80; **40**:18; **41**:46-7; **42**:12, 52,132-3; **43**:70-1; **44**:30-1,34-6,38-9,59,65-6; **47R**:66; **48**:30-1; **49**:13,23-4; **53**:10-1,74,90-1,93-4; **54**:4-5,26; **55**:17,18-9; **56**:28-30; **58**:5,25-6; **59**:14-5,57-9; **60**:16,35-6,42-3; **61**:8,32; **65**:9,17-8

Droits des patients, charte, possibilité, **20**:22-4; **24R**:48-50; **32**:132-3; **37**:68,145; **39**:7; **54**:21; **59**:56

Dualité linguistique, inclusion, proposition, **51**:17,18; **66**:14,15,17, 19-20,29,33,88,119-20,121

Garantie de soins, **24R**:46-8,69-70; **54**:21; **59**:33,74-8

Loi sur les services assurés, concept, **56**:42,55

Origines, **4R**:33-6

Sanctions, application, **4R**:39-41; **18**:12; **22**:33; **24R**:5,19,41; **30**:10-1; **59**:56

Maladies, émergence, **6**:5-8,10-3,14-5; **24R**:xxxvi,6-7,24,130-1; **37**:46-7; **40**:80; **43**:11-2; **46R**:47-8; **59**:34

Accidents et blessures, **37**:136-40; **40**:74; **46R**:50

Alzheimer, **19**:35-6

Arthrite, **31**:66-8,72-4,75; **37**:131-4,142-4; **40**:84-5

Cancers, **6**:7,12,13,16-8,22-4; **9**:6,9; **34**:37-8; **37**:5-19,48,53-4,134-6, 144-5; **41**:63,69-70,75; **42**:17; **46R**:49-50

Diabète, **6**:6,22,32; **9**:6,9-10; **16**:8,9,62-3,64,66-7,76; **31**:79-80; **32**:28,128; **33**:11-3

Maladies cardio-vasculaires, **6**:8,13,21,23,27,31-2; **7**:9-10,20,23; **40**:78-81,84,88; **41**:49-50,51,52-3,65-8; **46R**:49

Maladies infectieuses, menace et répercussions, **6**:10-2,26-7,33-4; **9**:9, 23-4; **46R**:48-9,56

Obésité, enfants et adultes, **12**:12,30-1; **13**:24; **41**:53-6,65,68; **59**:30

Tabagisme, influence, **6**:7,17-8,22; **7**:20,23; **17**:66; **24R**:131; **37**:140-1; **42**:32-3; **59**:26

Toxicomanie, **33**:43-51; **37**:130-1; **44**:68-9,72-3,75-6

Troubles de l'alimentation, **24R**:131; **30**:71-2

Manitoba, système de santé

Bureaucratie et dépenses, financement et coûts, **30**:11-4,16-7,23,42, 44-7,48,89; **52**:6-7

Cliniques privées, frais d'utilisation, **30**:10-1,44,52-3,67-8,92-3,94-5

Communauté franco-manitobaine, accès et qualité, **30**:84-7,91-2,93-4; **66**:43-6,50,54-8,60-1,101-3,124

Offices régionaux et soins communautaires, **30**:41,56-8,67,71-3,88-9, 90-1

Ressources humaines, **30**:12,13,14,19-20,47-8,50-2,87,91,92

Services, accès et qualité, **30**:54-5,59-60,63,68-70,87-8

Soins à domicile et soignants, **30**:57,73-4,77-9,81-2,89,94

Health care system, federal role —Cont'd

Manitoba, health care system —Cont'd

Regional health authorities and community-based care, **30**:41,56-8,67, 71-3,88-9,90-1

Services, access and quality, **30**:54-5,59-60,63,68-70,87-8

Mental health, burden and perception, **19**:18-21,27,35-8,39-40,43-4, 47-8,53-8; **24R**:121; **34**:8,29-31,36-7; **37**:40-1; **41**:70-1,74-80; **42**:48-50,57-8; **46R**:48-9,54,133; **55**:20; **66**:18,26,29

Advisory network and committees, role, **19**:30-1,37-9

Children, **19**:30,33-5,36-7,42,47,51,52; **34**:31; **42**:49,63

Community and family-based care, role and need, **19**:26-8,36,41-2,46, 48-52,55-6; **34**:31-2,35-6

Determinants, socio-economic influence, **19**:19,20-1,32-5,40,43,46-7

Drugs prescribed, **33**:43-51; **34**:35,36; **40**:73-4,86

Economic resources, promotion, strategy, need, **19**:21-6,28-9,31-2,39, 40-1,42-3

Human resources and remuneration, **19**:29-30,39,44-5,52-3; **41**:72-3, 75,79

Netherlands, sickness fund and private insurance, comparison, **15**:8-9, 33-4,38-9; **22**:29; **47R**:21-2,26-7

Access and waiting times, **15**:11-2,16-7,22-3,28-30; **22**:37; **47R**:22-3, 25-6

Drugs, prices and access, **15**:26-8,30,33,36-7

Governmental regulations and responsibilities, **15**:7-8,15,18-20,21-2

Hospitals and clinics, functioning, **15**:14-5,20,21; **47R**:24-5

Human resources, fees, retention and mobility, **15**:9,14,15,20-1,31-3, 34-5; **47R**:25

Information system, computerized, **15**:37-8

Premiums and contributors, **15**:9-11,13,17,23-6,30-1; **47R**:22,23-4

Prevention and education, lack, **15**:34,35-6

New Brunswick, system, **58**:22; **66**:28

Aboriginal peoples, **44**:79-80,82-3,85-6

Drugs and pharmacare, **44**:7,12-5,20-1,23-5,26,43-7,68-9,72-6

Extra-mural, program, **44**:52-6; **46R**:94; **59**:58-9; **65**:4-7,14,18-20, 25-9,31-3,35,38

Financing and expenses, **44**:6-7,9-10,22-3,41,54,80-2,83-4

Health status, **44**:6,25-6,50,51,68-9,75

Human resources, **44**:5-6,8,10,11-2,15-8,21-2,41-2,50,69-70,78-9,82, 84-5; **66**:25-6,78-81,85-8,91-3,95

Linguistic duality, francophone community, **44**:47-52,61-2; **66**:25-6, 28,29-30,78-81,85-9,91-3,95,97,98

Newfoundland, system, **3**:31-2; **39**:80; **41**:5-8,14-5,49-53,57-9,63-5, 69-80; **43**:37

Drugs and pharmacare, **41**:7,8-10,15-6,62-3

Financing, efficiency and regionalization, **41**:8,10,11,12-3,16-9,23-4, 31-3,34,37-8,46-7,49,56-7,60-2,63,66-8; **50**:21; **55**:27

Home care, **41**:26-9,42-3,57,61,62,70

Human resources, **41**:11-2,13-4,17,19-23,25-6,33-7,38-9,59

Timely access, **41**:12,70,71-2,77

Volunteer and non-profit organization, **41**:40-5; **54**:28-9

Nova Scotia, system, **42**:6-7

Drugs and pharmacare, **42**:20-1,91-2; **63**:55-7,60-1

Financing, **42**:7-11,14-7,48-9,63-5,84-5,86-7,92-3,98-9,139-40

Francophone community, access, **66**:9-12,22-3,31

Home care, **42**:68-9

Human resources, **42**:12-3,16-17,9,82-3,108

Nursing homes, concerns, **42**:69-72,75,78,80-1

Regionalization and community level, **42**:52,59,85-6,91,96-7,127-30, 137-9

Nunavut, system

Demographic accessibility, cost and human resources shortage, link, **32**:23-8,31-5

Health status and socio-economic factors, **32**:22-3,27,28-31

Ontario, system, **2**:33; **37**:113-4; **38**:25-34,38-9; **53**:38-9,42; **59**:56-7

Canadian Radiation Oncology Services, cancers, treatment, **37**:5-19; **49**:10; **53**:43,69; **56**:67-8; **59**:31-2

Cardiology and cardiac surgeons, waiting list, **50**:15-6; **56**:64

Community health centre program, **37**:114-6; **38**:31-2; **52**:18-9,21-2; **57**:13-4,31

Family Health Network, physicians, incentives, **56**:5-7,8,9,18-9,22-3, 24-5,33,54; **57**:6-10,12-3,15-21,24-5,29-33; **58**:15,23-4; **61**:5

Santé, système, gouvernement fédéral, rôle —Suite

Médicaments, prix et utilisation, impact, **4**:5-8,10-1,14-5,19-21,23-4, 44-5; **4R**:70,71; **5**:16-7,35; **6**:14; **12**:26; **24R**:6,74-5; **31**:32; **37**:21, 55-6,58,64-5,87-8; **38**:53-4,57-61; **39**:7,57-8; **40**:69-70,85; **42**:54-5; **43**:17,25-6,44-5; **46R**:19-26,153; **60**:11-2

Accès et démographie, **4**:15,27-8; **37**:88; **38**:74-5,93-4; **40**:88-9; **46R**:35,154

Assurance-médicaments, écarts provinciaux, **2**:33,38,39; **4**:12-4,18-9, 21-2,30-5,38,40,41-3; **7**:13,14,15; **22**:21,22,42-3; **24R**:xxii,79-85; **30**:63-4,75,76; **32**:54-5,77,111,116-7,123-4; **33**:9-10; **37**:52-3,60-1, 74,88; **38**:21-3,60,64; **39**:7,13-4,20-1; **40**:47-8,50-2,54-63,68,70-3, 85-8; **41**:7,8-10,15-6,62-3; **42**:12,20-1,88,91-2,135-6; **43**:7-8,28-9; **44**:10,34-5,43-7,56-9,67-8; **46R**:24,25,31-6,37; **48**:26,32,34-5; **52**:23-5; **53**:76-7,92-3; **54**:5,8; **55**:5-6,20-1,22-3; **59**:58-9; **60**:9, 17-20,36,37; **63**:28-35,36,37-8,43-52,56-7,60-1; **65**:32

Compagnies pharmaceutiques, médicaments prescrits, publicité, **24R**:xxi-xxii,78-9; **30**:59,65,76,83-4; **33**:48-9,115-8,123-4,126; **37**:72,75-6; **38**:63,67-8,75,78; **40**:94-5; **43**:24-5,28,31,33-7; **44**:20-1; **48**:33

Conformité et compréhension d'utilisation, **4**:8-10,11,17,34,37-40; **9**:36; **37**:88; **38**:63,68-9,70-2; **39**:18-9; **46R**:27-31,37,141; **60**:40-1

Crédits d'impôt, option, **24R**:86; **30**:75; **44**:43-4,47,58-60; **63**:33,58, 59-60

Dépenses catastrophiques en médicaments selon le revenu, **44**:43-5, 46-7,56-7,58; **63**:29-36,39-43,45,46,48,49,52-63,64-5

Formulaire et programme national, **24R**:xxi,75-6; **30**:49,58,64-5,75; **32**:68,127; **33**:117,118; **37**:61,67,88-9,100-1,115,142; **38**:21-2,63, 66,67,75-7; **41**:62-3; **43**:26-7,28,37; **44**:10-1,46; **46R**:35-8; **48**:34, 35; **49**:17,22-3; **50**:20; **52**:24,25; **53**:14; **55**:5,20-1; **59**:37,41-2,69; **60**:10-1,16-8,44; **63**:32,35,36-9,52-3,63-4

Homologation et évaluation, **5**:14-7,19,22,35,36-7; **9**:28,31-2; **11**:9, 14-5,18-19,20; **30**:34-5; **37**:73-4,100-1,142-4; **38**:92-4; **40**:68-9, 88-9; **42**:143,144-5; **43**:24,26,33-7; **44**:24,46; **46R**:19; **53**:31-3; **63**:45

Médecins, formation et information, influence, **4**:15-7,27-30,35-6; **5**:22; **37**:89; **38**:22,66,77,78; **41**:51; **43**:9,31-2; **46R**:23; **64**:27-8

Médicaments économiques, usage obligatoire, **24R**:xxi,76-8; **30**:33-4, 62-3,65,82,83; **37**:89-91,102-3; **38**:48-9,66,69-70; **40**:86-7; **43**:27; **44**:11; **60**:11,21

Patients, dossiers, renseignements, accès, craintes, **4**:24-7,28,30-1; **41**:47; **43**:34; **52**:15,21; **60**:11

Pharmaciens, compétences, utilisation, **4**:10,11-2,13,17,22-3,31,32, 36-7; **37**:73; **38**:61-2,64-5,66-7,70,73-4,77-8; **43**:27,34-5; **44**:12-5, 20,23-5,26; **46R**:30,91-2; **60**:9-10,12,16,18-21,41

Produits naturels, couverture, **31**:48,49-50; **32**:123

Sur-médication et dépendance, risques, **33**:43-51; **37**:97; **38**:23-4;

44:68-9,72-3,75-6; **46R**:27-9

Transférabilité entre provinces, **44**:46,47,59-60,62-5,70-1,73-5,76-8; **48**:34

Nouveau-Brunswick, système, **58**:22; **66**:28

Autochtones, **44**:79-80,82-3,85-6

Dualité linguistique, communauté francophone, **44**:47-52,61-2; **66**:25-6,28,29-30,78-81,85-9,91-3,95,97,98

État de santé, **44**:6,25-6,50,51,68-9,75

Financement et dépenses, **44**:6-7,9-10,22-3,41,54,80-2,83-4

Médicaments et assurance-médicaments, **44**:7,12-5,20-1,23-5,26,43-7, 68-9,72-6

Programme extra-mural, **44**:52-6; **46R**:98; **59**:58-9; **65**:4-7,14,18-20, 25-9,31-3,35,38

Ressources humaines, **44**:5-6,8,10,11-2,15-8,21-2,41-2,50,69-70,78-9, 82,84-5; **66**:25-6,78-81,85-8,91-3,95

Nouvelle-Écosse, système, **42**:6-7

Communautés francophones, accès, **66**:9-12,22-3,31

Financement, **42**:7-11,14-7,48-9,63-5,84-5,86-7,92-3,98-9,139-40

Maison de soins infirmiers, inquiétudes, **42**:69-72,75,78,80-1

Médicaments et assurance-médicaments, **42**:0-1,91-2; **63**:55-7,60-1

Régionalisation et soins communautaires, **42**:52,59,85-6,91,96-7, 127-30,137-9

Ressources humaines, **42**:12-3,16-17,9,82-3,108

Soins à domicile, **42**:68-9

Health care system, federal role —Cont'd

Ontario, system —Cont'd

Francophone community, access, **66**:12-5,24,28-9,35-6,98,99-101,106,113-4,115,120-1,122-3,124-5

Home care, **38**:13,14-5,32; **65**:21,29

Hospitals, performance, **38**:26,27-8,33-4,39-41,49-50; **50**:10-2,13-5;

52:11-3; **53**:9; **54**:16-9; **56**:47,51,64,69; **66**:100-1,106,113-4,115

Human resources, multidisciplinary team work, **37**:106,111,114;

38:41; **53**:47-8; **56**:30-1,35-6,52-4; **57**:9,10,12,13,15-8

Montfort Hospital, impact, **66**:24,28,31-2,40-3,54,86,115

Regionalization, **37**:110-2,118-20,122-4; **38**:14-5,27; **55**:28

Technology and information, **37**:106-9; **56**:8-9,14,33,68-70; **57**:9,10-1,30

Workers, injured, treatment, **56**:56-8,71-2

Prince Edward Island, system, **43**:9-10

Access and waiting times, **43**:54-6,59,61-2,67,88

Centre communautaire Évangéline, **66**:38-40,48-50,53,55,60-2

Community and regionalized services, **43**:37-44,45-9,50-1,53-4,59-60,72,74-5,83-6,93-4

Drugs and pharmacare, **43**:7-8

Financing, **43**:12,15-20,44,52,53,54,56,57-8,60,62,63-72,79,80,86-8

Health status, **43**:11-4,39,52-3,56,57,60-3,69-70,77-85

Home care, **43**:5-7,8,10-1,16,20-1,60,66-7,68,75-6

Human resources, **43**:13,14-5,17-8,45,49-50,55-6,57,58-9

Quebec, system, **39**:6-8,14-6,18,19-20,30,35,79-80; **40**:17-9,22-5; **52**:7

Aboriginal peoples, **40**:12-4

CLSC and decentralization, **39**:9-10,12,23-4,30-1,37-40,46-8; **40**:26,

27,39-40,94; **52**:19; **54**:13

Drugs and pharmacare, **39**:13-4,18-9,20; **40**:52-60,62-3,65,66,72-5,

85-8; **46R**:33

Financing and co-payments, **37**:44 **39**:10-2,22-3,24-8,40-2; **40**:19-20,

26-34,48-52,71,72

Human resources, **40**:34-9

Optometry, **40**:5-17

Timely access, **39**:36-7,40,42-6

Research and evaluation, importance, **5**:5-6; **9**:5-6,9,10-1,24-5; **11**:4,

7-8; **13**:86-7; **24R**:x-xi,xxxiv,7,9,29,90-1,127; **32**:100-1,109; **33**:98,

99-100,124-5,127-8; **37**:37-8,67,82-3,85,129-30; **39**:67,68; **46R**:53-4,

93-4,100-1; **50**:9-10; **51**:5-6,11,17-8; **52**:5; **53**:17,31-2; **66**:13-4,20-1,

25,61-3,98,106-7

Arthritis, **37**:132-4,142-4

Canadian Institutes of Health Research, role, **9**:5-7,9,10,15-6,17,

19-20; **11**:4-5,27; **13**:29; **32**:127-8; **42**:26-7; **46R**:93,94

Cancer, **9**:6,9,13; **13**:90; **37**:135; **41**:63; **46R**:53

Diabetes, **9**:6,9-10,11; **30**:28-9; **33**:10-3,110

Funding and expenses, efficiency and savings, **6**:25-6; **9**:11-3,14,16-7,

19,22-3,24; **11**:5,6,9,10-1,17-9,27-8; **24R**:xxiii-xxiv,xxv,10-1,

19-20,89,91-2,93-4; **30**:35-41; **33**:57,63-4,70-1,102-3,110,112-3;

37:124-5; **38**:8,69,72; **41**:50,66-7; **42**:40; **43**:23,71-2,80-1,92-3;

46R:94-7; **48**:17-9; **49**:19; **56**:46

Human research, ethics and information, **9**:6,8,24; **11**:5-6,7,8-9,10,

11-7,20,24-6,30-3; **19**:31-2; **24R**:xxv,7,93; **37**:67; **42**:74;

46R:97-100,102,103

Human resources, recruitment, training and retention, **11**:6,13,15-6,19;

13:87,89; **30**:25,28,36; **46R**:102

Intellectual property rights, **11**:9-10,18

Knowledge, transfer, **9**:6-7,13-4,23,24,25-6,29-31 **24R**:xxiv,7-8,19,

92; **30**:24-5,26-7

Neuromuscular disorders, **11**:24-6,30-3

Outcome of research and clinical trial, **9**:26-7; **11**:8; **33**:118-20; **37**:

31-3,38-9; **53**:31-3,35

Partnership between sectors, **31**:56-61,62-6; **38**:72-3; **40**:78-81,85,88

Regional disparities and collaboration, **9**:16,20-1; **12**:36; **17**:5-7,17-8;

24R:xxiv-xxv,89,92-3,94; **30**:25-6; **46R**:54

Rural Canada, health status, services, delivery and financing, **2**:27-8,38;

7:15; **17**:4-5,6-7,12,13,15-8,21-6,27-8; **22**:21; **24R**:53-4,56; **33**:17-9;

34:7; **42**:66,85-6; **43**:37-8,75-6; **46R**:137-40,143-5,151; **47R**:70;

50:9; **51**:7-8,18-9; **54**:28-9; **55**:19-20,25-32; **56**:11; **59**:35,43;

66:97-102,108,110-1,114-5,122-3

Centres of excellence, use, **63**:13-7

Santé, système, gouvernement fédéral, rôle —Suite

Nunavut, système

Accessibilité démographique, coûts, personnel manquant, lien, **32**:23-8,

31-5

État de santé et facteurs socio-économiques, **32**:22-3,27,28-31

Ontario, système de santé, **2**:33; **37**:113-4; **38**:25-34,38-9; **53**:38-9,42;

59:56-7

Canadian Radiation Oncology Services, hôpital Sunnybrook, cancers,

traitement, **37**:5-19; **49**:10; **53**:43,69; **56**:67-8; **59**:31-2

Cardiologie et chirurgie cardiaque, liste d'attente, **50**:15-6; **56**:64

Centres communautaires, **37**:114-6; **38**:31-2; **52**:18-9,21-2; **57**:13-4,31

Communautés francophones, accès, **66**:12-5,24,28-9,35-6,98,99-101,

106,113-4,115,120-1,122-3,124-5

Hôpital Montfort, impact, **66**:24,28,31-2,40-3,54,86,115

Hôpitaux, rendement, **38**:26,27-8,33-4,39-41,49-50; **50**:10-2,13-5;

52:11-3; **53**:9; **54**:16-9; **56**:47,51,64,69; **66**:100-1,106,113-4,115

Régionalisation, **37**:110-2,118-20,122-4; **38**:14-5,27; **55**:28

Réseau de santé familiale, médecins, incitatifs, **56**:5-7,8,9,18-9,22-3,

24-5,33,54; **57**:6-10,12-3,15-21,24-5,29-33; **58**:15,23-4; **61**:5

Ressources humaines, équipes multidisciplinaires, **37**:106,111,114;

38:41; **53**:47-8; **56**:30-1,35-6,52-4; **57**:9,10,12,13,15-8

Soins à domicile, **38**:13,14-5,32; **65**:21,29

Technologies et système d'information, **37**:106-9; **56**:8-9,14,33,68-70;

57:9,10-1,30

Travailleurs blessés, traitement, **56**:56-8,71-2

Pays-Bas, caisse maladie et assurance privée, comparaison, **15**:8-9,33-4,

38-9; **22**:29; **47R**:19-20,24-5

Accès en temps opportun, **15**:11-2,16-7,22-3,28-30; **22**:37; **47R**:20-1,

24

Cotisations et cotisants admissibles, **15**:9-11,13,17,23-6,30-1; **47R**:20,

21-2

Hôpitaux et cliniques, fonctionnement, **15**:14-5,20,21; **47R**:22-3

Main-d'œuvre, honoraires, rétention et mobilité, **15**:9,14,15,20-1,

31-3,34-5; **47R**:23

Médicaments, coûts et accès, **15**:26-8,30,33,36-7

Prévention et éducation, manque, **15**:34,35-6

Réglementation et responsabilités gouvernementales, **15**:7-8,15,18-20,

21-2

Système d'information informatisé, **15**:37-8

Personnel médical, infirmier et autres, conditions de travail et rétention,

5:22-3; **6**:32; **13**:5-6,7-8,12-4,17,35; **24R**:x,xi,11,126-7; **30**:47;

32:63-4; **33**:67-8; **38**:7,10,12; **41**:11-2; **42**:17-9,31; **43**:14-5; **44**:78-9;

46R:134-6; **49**:12-3; **53**:51-2; **59**:50-1,52-4

Chiropraticien, **13**:83-7,96,99

Consultation pour réforme, besoin, **34**:15-7,23-5,27-9; **37**:18-9;

39:17-8,92; **40**:81; **41**:33-4; **43**:18; **58**:6,8; **59**:51; **61**:10

Diplômés à l'étranger, intégration, besoin, **5**:29; **13**:7,11,12,17,27,33,

38,82; **17**:11,29; **24R**:116; **33**:56; **41**:11; **42**:112; **43**:32-3; **46R**:83;

52:15-6

Équipe multidisciplinaire, coordination, besoin, **13**:10-1,13-5,16,

19-23,46-9,51-3,57-8,65-6,70-2,73-4,84-7,98-100; **14**:28; **17**:26-7;

19:45; **24R**:xxxii-xxxv,54-5,117-21; **30**:50-1,52; **31**:11-3,15,18-21,

23,29,30-1,37,39-43,47,52-3; **32**:21,56-7,65-6,69,73-5,77,98-100;

33:34-6,59-63,67-8,72,98,99,126-7; **34**:5,7,9,15-6,38-9; **37**:7-12,

14-6,18-9,62-3,69-70,76,105-6,113-4,127-8; **38**:61-2,64-5,66-7,

70,73-4; **39**:14-6,38-9,43-4,53,61; **40**:14-6,25,34,35-6,98; **41**:21-3,

25-6,28-9,31,34-9,43-4; **42**:83-4,93-7,107,125-6,143-4; **43**:9,22,

29-30; **44**:16-7,21-2,32,41-2,82,84-6; **46R**:92-5; **48**:12,27;

50:14-5,18-9,21-3,26; **51**:7,9; **52**:14-6,21-2; **53**:21-2,46-53,55-7,

82-3; **56**:11-2,13-5,17-8,20-1,24-5,30-3,35-7; **57**:6,12,13,15-7,28-9;

58:8-10,11-2; **59**:51,54; **61**:4,6,11-2,30-1; **63**:21; **66**:38-40,48-50,

52,60-1,94-5,108,110-1,123-4

Éthique, **40**:75-7,81-2; **42**:55-7,59-61,126,133-5; **46R**:104-5; **48**:27-8;

49:31-2

Exode des cerveaux, rapatriement et mobilité, **5**:37-8,39; **13**:7,12,19,

22,27,34,38-40,61-2,68-9,72-3,75,76-8,94; **17**:15; **24R**:117,122-3;

31:16; **32**:63; **33**:69,121-2; **46R**:84-6; **53**:54-5,91; **63**:13,23-4

Health care system, federal role — *Cont'd*Rural Canada, health status, services, delivery and financing — *Cont'd*Human resources, attraction and retention, **11:16; 13:6-7,35,41-3;****17:5-6,7-15,18-21,24,26-7,28-30; 30:51-2; 32:25-6,32-3,35,132,****134-6; 33:51-5,56,57,65; 34:8; 43:30-1; 46R:78,140-3; 50:21;****57:15-6,21-4,26,27-8; 58:13; 59:50,52-4,60-1,64-7**Tele-health and tele-triage, **12:14-7,22-5,27,32; 13:25-7,28; 17:6,16,****19-20,26; 24R:xxviii-xxix,23,106-10,144; 30:51; 32:31,137-8;****34:30,31-2; 37:94; 38:36; 40:24-5,26,28,37-8; 42:96; 43:59,73,76;****46R:106-16,135-6,143; 50:14-5,20,22; 57:9,10-1,15,16,23,26;****59:36-7; 63:13,18**Saskatchewan, system, **31:21-3,46-53,55-66,68,72-3; 37:30,38; 55:10**Aboriginal peoples, **31:14,16,32,36-7,43-4,57,61-2**Community and family based care, **31:29-3,34,37; 33:27**Drug care, **33:9-10**Home care, **31:26-8,39-42**Nurses and nursing, education and labour force, **31:5-8,10-7,19-21,****23-6,28**Volunteer organizations, **31:9,14-5,17-8,28,72,73**Sweden, comparison, **2:11,19-20,46,47-8; 19:5-6; 24R:43,44-5,62-3,****66; 37:24; 40:41; 47R:32-3,34-5**Accessibility, financing and user fee system, **19:6-8,9-10,11,12-4,16-7;****22:14-5; 30:8-9; 33:15; 34:14-5; 47R:29-31**Human resources, **19:10,11-2,14-5; 47R:32**Private insurance and system, increase, **19:8-9,17-8; 30:7-8,15-6;****33:107; 39:81-4; 40:23; 47R:31-2**Waiting time, **19:8,10-1,15-6; 39:82; 47R:33-4; 58:22**Technology and information system, **2:33-4,37,46; 4:13; 4R:6; 12:8-9;****34:7; 38:85-6; 46R:37-8**Accessibility and availability, **5:6-10,31-2,34-5,37; 9:6-7,36-7; 12:4-6,****35; 13:87,89-90,97-8; 24R:xxviii-xix,21,96-7,117-8; 30:27,36;****31:9,21-3,33-4; 32:39,68,128; 37:79-81,86-7,101,103,121-2;****38:36-7,87-8; 39:60-1; 40:24; 41:47-8; 42:26-7,29-33,35-8,49,84,****87-8,97; 43:13,23,61-2; 44:39; 46R:39,101-2,105-6,108-13;****50:17-8; 53:23-4; 56:8-9,14,67-70; 57:5,8-9; 61:10,30**Assessment and accountability, need, **5:16,17-8,19,20-3,24-7,30,32-4,****35,36,37; 9:30,31-2; 12:9; 24R:97-8,103-5; 30:42-4; 32:15-8;****37:83-4; 38:17-9,30,43; 40:24-5; 42:33; 43:77; 46R:41,42-3,148;****50:10,25; 53:31-3; 56:46; 59:38**Electronic medical record versus privacy, **4:24-7,28,30-1; 5:26,33-4,****37; 11:8-9,20; 12:7-8,13-4,18-22,33-4,37-40; 24R:xxviii,102-3;****25:16-9; 30:30; 32:101; 37:97,108,117-8; 38:16-7,73; 40:35,36-7,****44-5; 41:47,57-8; 42:40-1; 46R:116-8; 52:14-5,20-1; 53:6,17-8,23,****81,82,88-9,90,91,93,95; 54:6,15; 55:10; 56:8,9,16,22-3,25-6,34-5;****57:5-6; 58:23,24; 59:13-4,19; 60:11,43,44-5; 66:112-3**Expenditures, financing and cost efficiency, measurement, **5:8,9,10-4,****15,18-20,21,23-4,25,27,29,34,35-6; 9:11-2; 12:12-3,26-7,28,32,36;****13:28; 24R:xxv-xxvi,11,20,95-6,97,98; 30:29-32,43,44; 33:98-9;****37:80,81-3; 38:27,31,87; 40:23-4; 42:90-1,103,104-5; 46R:40-1,42,****43-4; 49:11,23,32-3; 50:20; 53:35,65-6,87-8; 56:31-2,46,67,68,71;****59:19-20; 60:41-2; 66:112-3**Health smart card, **37:95-8,106-7,120-1; 38:15-6,34-5,70-1; 39:53,56;****42:95,97; 44:76; 56:34-5**International comparison, **5:7,9,30-1; 22:40-2; 33:104; 37:101,103;****38:86-8; 42:103-4; 46R:38-9**Labour, shortage, **5:7,8,27-9,30,37-40; 30:36; 46R:41**Provincial, federal and territorial harmonization, **12:5,6-7,25-6,27,****29-30,31-3,34-7; 30:26,32-3; 31:21-3,56-61,62-5; 32:13; 33:12-3;****37:107,108-9; 39:22-3; 46R:112-3,118-9; 56:9,16-7,33; 57:20;****58:14**Single use devices, re-use, concerns, **37:81,98-9; 46R:39-40**Tele-health, tele-triage and call centre, **12:14-7,22-5,27,32; 13:25-7,****28; 17:6,16,19-20,26; 24R:xxviii-xxix,23,106-10,144; 30:51; 32:****31,137-8; 34:30,31-2; 37:94; 38:36; 40:24-5,26,28,37-8; 42:96;****43:59,73,76; 46R:106-16,135-6; 51:14-5,20,22; 57:9,10-1,15,16,****23; 59:36-7; 61:12; 63:13; 66:55-6,60,86-7,91,103,107,116,123-4**Western Canada, pilot project, **30:24-41; 31:56-8,60-1,63-4**United Kingdom, comparison, **2:40; 3:21; 20:26-9,38,47-50,52-4;****22:17-8,22,28-9; 24R:xxvi,46; 30:20-1; 31:36; 43:34; 48:15,16**Accessibility and services offered, **20:31-2,36-7,41,42-4,46-9; 22:24;****30:84; 33:32,105; 47R:37-8,39-40,43-4; 58:22-3; 59:33**Santé, système, gouvernement fédéral, rôle — *Suite*Personnel médical, infirmier et autres, conditions de travail et — *Suite*Infirmières et infirmiers, valeur, **4R:123-4; 11:22; 13:36,43-80; 14:16;****17:5-6,19-20; 24R:xxxi,124-6; 30:12,19-20; 31:5,7-8,10-7,19-20,****23-6,28,37; 32:21,26,55-8,64-5,69-74; 34:21-2; 37:63,105-6,127-8;****38:7,24-5; 39:16-7,44; 40:35-6; 41:17,21-2,25,29,33,34,36-7,43-4;****42:16,66,112-4; 43:30; 44:5-6,15-6,21,26-7,37-8,82,84-5;****46R:86-91,93-4; 50:24; 52:8; 53:42-3,48,52,55; 56:23-4,25-6;****57:17-8; 58:9-11,13,19-21,23,24; 61:4,7-8,10-1,13-30; 63:18; 65:39**Médecins, médecine générale ou spécialisée, **4R:108-9,123; 13:6-10,****15-6,34-6,40-1,83-91,94-8; 17:7-9; 24R:123-4; 30:50-2; 31:21,33,****34,36,37,41-3,74; 32:47,74,82; 33:41-2,51-6,63,75-9,85-6,94-5;****34:19-21; 40:38-9; 43:29-31,49-50; 46R:80-6; 50:12-3; 52:14-5;****55:9-10; 56:10-1,15-8,19-20,24-5,33-4; 57:4-5,7,25-8; 58:5-6**Milieu rural, attraction et rétention, **11:16; 13:6-7,35,41-3; 17:5-6,****7-15,18-21,24,26-7,28-30; 30:51-2; 32:25-6,32-3,35,132,134-6;****33:51-5,56,57,65; 34:8; 43:30-1; 46R:81-2,147-50; 50:21; 57:15-6,****21-4,26,27-8; 58:13; 59:50,52-4,60-1,64-7**Optométristes, **37:68-9,71,76-8; 40:5-17**Pénurie, **3:9-12,13-4,16-21,23-4,25,27-9,31-3,35-6; 5:7,8,27-9,30,37,****39-40; 9:14; 13:7,15,28,50-1,54,55,65,67,69-70,79,81-2,88-9,94,****97-8; 14:16; 16:17-8; 17:5; 22:44; 24R:xxxi,7,115-6; 30:87; 31:68;****32:56,61-2; 33:41-2,51-5,56,63,75-9,85-6,94-5; 34:8,14,19-23,24;****37:61-2,105,127,128,133; 38:13,91; 39:30-1; 40:38; 41:22,72;****42:15,16,82-3,108; 43:15,17-8,30,49-50,55-6; 44:8,10,11-2,18-9,****69-70; 46R:43-4,79-81,84-6,87-90,91-2; 52:8; 57:4,5,24,25;****59:53-4,59,60-1,64; 61:13,15-6,18-9,24-5; 63:17-8,24-5;****66:57-8,92-4,123**Stratégie nationale, coopération fédérale-provinciale, besoin, **13:17,****28-33,34,60,82; 14:13; 17:9-11,15,28-9; 24R:xxxi-xxxii,xxxv,23,****116-7,122; 30:47; 32:57; 33:57; 34:23; 37:120,125; 38:25,41,44-5,****62; 39:79; 42:83,127; 43:45,72,80; 46R:86,95,135-6; 53:47,49,****53-4,91-2; 54:6-7; 57:28; 59:10; 61:5,29-30; 63:18**Technologues, **13:80-2,91-100; 32:61-2,64,71-2; 46R:91**Québec, système, **39:6-8,14-6,18,19-20,30,35,79-80; 40:17-9,22-5;****52:7**Accès en temps opportun, **39:36-7,40,42-6**Autochtones, **40:12-4**CLSC et décentralisation, **39:9-10,12,23-4,30-1,37-40,46-8; 40:26,27,****39-40,94; 52:19; 54:13**Financement et co-paiements, **37:44; 39:10-2,22-3,24-8,40-2; 40:****19-20,26-34,48-52,71,72**Médicaments et assurance-médicaments, **39:13-4,18-9,20; 40:52-60,****62-3,65,66,72-5,85-8; 46R:34-5**Ressources humaines, **40:34-9**Optométrie, **40:5-17**Recherche et évaluation, importance, **5:5-6; 9:5-6,9,10,12,4-5; 11:4,****7-8; 13:86-7; 24R:x-xi,xxxvii,7,11,31,96-7,138; 32:100-1,109;****33:98,99-100,124-5,127-8; 37:37-8,67,82-3,85,129-30; 39:67,68;****46R:56,97-8,105-6; 50:9-10; 51:5-6,11,17-8; 52:5; 53:17,31-2;****66:13-4,20-1,25,61-3,98,106-7**Arthrite, **37:132-4,142-4**Cancers, **9:6,9,13; 13:90; 37:135; 41:63; 46R:56**Connaissance, transfert, appui, **9:6-7,13-4,23,24,25-6,29-31;****24R:xxvi,8,21,98; 30:24-5,26-7**Diabète, **9:6,9-10,11; 30:28-9; 33:10-3,110**Disparités régionales et coopération, **9:16,20-1; 12:36; 17:5-7,17-8;****24R:xxvi,95,99,101; 30:25-6; 46R:56-7**Dystrophie musculaire, **11:24-6,30-3**Financement et dépenses, économies et rentabilité, **6:25-6; 9:11-3,14,****16-7,19,22-3,24; 11:5,6,9,10-1,17-9,27-8; 24R:xxv,13,21-2,95,****97-8,100-1; 30:35-41; 33:57,63-4,70-1,102-3,110,112-3; 37:124-5;****38:8,69,72; 41:50,66-7; 42:40; 43:23,71-2,80-1,92-3; 46R:98-102;****48:17-9; 49:19; 56:46**Instituts de recherche en santé du Canada, rôle, **9:5,7-9,10,15-6,17,****19-20; 11:4-5,27; 13:29; 32:127-8; 42:26-7; 46R:97,98**Partenariats entre secteurs, importance, **31:56-61,62-6; 38:72-3;****40:78-81,85,88**Propriété intellectuelle, **11:9-10,18**

Health care system, federal role — *Cont'd***United Kingdom, comparison — *Cont'd***

- Administrative costs, **20**:50-2; **22**:33; **47R**:39
 Human resources, **20**:32,38-9,41-2,44-6; **47R**:40-2
 Internal market, **20**:29-31,53; **22**:15,19,25,27; **47R**:39,40
 Preventive health care, research and monitoring, **20**:32,33-4,37,39-41
 Private insurer and system, **20**:34-7,41-2; **30**:15; **38**:52-3; **47R**:38-9, 42; **53**:64
 United States, comparison, **2**:14,28,36,42; **3**:20-1; **4**:8,28-9; **4R**:106; **6**:18-9,28; **12**:9-10; **13**:50,68-9,72; **22**:13-4,16,32; **23**:4-5,14-6,17-8, 20-2; **24R**:25; **31**:34-5,37-8; **33**:16,26-7,39-40; **34**:33-4,41; **37**:24, 43-6; **39**:30,57,59,74-6,81; **42**:58-9,140; **47R**:45-6,48-50; **48**:8-13, 22,23-7; **49**:29; **53**:13,69-70; **55**:7; **56**:62; **58**:16-9; **60**:31-2
 Children, program, **23**:9,13-4; **33**:21; **47R**:48
 Health Maintenance Organization (HMO), **23**:18-20,21; **48**:11
 Health services, access, waiting time and quality, **23**:11-2,16,17; **30**:55-6,63,66-7,88,89,97; **48**:10; **52**:32-3
 Medicaid, **23**:8-9,12-3; **47R**:47-8,50
 Medical saving accounts, **47R**:56-61
 Medicare, **23**:6-8,10-1,16,20; **47R**:46-7,50-1; **48**:10
 Uninsured people, **23**:5-6,11,14,17; **47R**:48
 Women, health and prevention, **19**:32-3; **30**:71-3; **42**:65-6,77-8; **46R**:101
 Aboriginal women, **16**:38-41,43,52-3,72-3
 Ageing and poverty, **40**:95-6; **42**:67,68,72; **59**:21
 Reform, impact and repercussions, **11**:21-3,28-30,33-5; **30**:56-8,65, 73-4; **42**:67; **53**:43,44-6
 Rural Canada, **17**:4-5,13,25

Health (The) of Canadians: the Federal Role. Volume Four. Issues and Options

Text, **24R**: ix-xxxix,1-138

Health (The) of Canadians: the Federal Role. Volume One. The Story so Far

Text, **4R**:i-v,1-120

Health (The) of Canadians: the Federal Role. Volume Three. Health Care Systems in Other Countries

Text, **47R**:i-v,1-77

Health (The) of Canadians: the Federal Role. Volume Two. Current Trends and Future Challenges

Text, **46R**:i-vi,1-159

Immigration and refugee protection

- Admissibility, immigrants and refugee status, screening, enforcement, **26**:64,67-8,70-2; **27**:14,17-8,19,23,35-6,37-8,41,65-6; **28**:21,29; **29**:21-2; **35**:21-2
 Abandonment category, **26**:52-3; **29**:14,18-9; **36**:5
 Appearance and hearing, procedure, **26**:51-2,64-5; **28**:51-2,73-6; **35**:36
 Application, strictness, lack, impact, **28**:5-6,19,23-5,28-32,37,38-9, 42-3,45,46,50
 Cases, backlogs, **26**:50-1,54-5,56-9,67,69,75-6; **27**:9,19-20,23,27,37; **28**:27-8,84; **29**:12,13-4; **35**:9,29,45; **36**:5
 Exit control, lack, **26**:38; **27**:18; **28**:6,30,66-7
 Files, computer network, access, **26**:15,16-7,25,35,77; **29**:13
 Humanitarian consideration, torture and persecution, **26**:28,29,48-9; **27**:43-7,54-5,56-7,64-5,97,98; **28**:25,27,37,69,70,71; **35**:35-6
 Identification documents, **26**:57-8; **27**:94-5; **28**:15,29-30,46,52,60, 74-5,88-9,93-4
 Intelligence, sharing, importance, **26**:15-7,27-8,30-5,36,39-40,41-2,45, 46,77; **28**:20,34-6,50,52-3,60; **29**:10,25-7,38; **35**:34
 International agreements and organizations, **26**:21,26,39,42-4
 Language proficiency, **35**:33-4,37,38,44,46
 Lawyers, utility, **26**:60-1; **28**:54-5,92-3; **35**:23-4,26,30-1
 Limit of 72 hours, **26**:16-7,20,55-6,67,69,75-6; **27**:26-7,52,54; **29**: 8-9,28-9; **35**:37,40-3; **36**:5
 Police forces, role, **26**:30-40,41-6,73,74-5,77; **29**:22-3
 Refugee camps, selection, **26**:11; **28**:69-70,76-7
 Safe third country, **28**:25-6,49,75-6; **29**:23-4; **35**:37,39-40; **36**:9

Santé, système, gouvernement fédéral, rôle — *Suite***Recherche et évaluation, importance — *Suite***

- Recherche humaine, éthique et information, **9**:6,8,24; **11**:5-6,7,8-9,10, 11-7,20,24-6,30-3; **19**:31-2; **24R**:xxvi,8,99-100; **37**:67; **42**:74; **46R**:102-5,107,108
 Ressource humaines, recrutement, formation et rétention, **11**:6,13, 15-6,19; **13**:87,89; **30**:25,28,36; **46R**:107
 Résultats et essais cliniques, **9**:26-7; **11**:8; **33**:118-20; **37**:31-3,38-9; **53**:31-3,35
 Royaume-Uni, système, comparaison, **2**:40; **3**:21; **20**:26-9,38,47-50, 52-4; **22**:17-8,22,28-9; **24R**:xxviii,49; **30**:20-1; **31**:36; **43**:34; **48**:15, 16
 Accessibilité et services offerts, **20**:31-2,36-7,41,42-4,46-9; **22**:24; **30**:84; **33**:32,105; **47R**:35-6,37-8,40-2; **58**:22-3; **59**:33
 Assurance et système privé, **20**:34-7,41-2; **30**:15; **38**:52-3; **47R**:36,40; **53**:64
 Coûts administratifs, **20**:50-2; **22**:33; **47R**:37
 Marché interne, **20**:29-31,53; **22**:15,19,25,27; **47R**:37,38
 Médecine préventive, recherche et mesures de contrôle, **20**:32,33-4,37, 39-41
 Ressources humaines, **20**:32,38-9,41-2,44-6; **47R**:38-40
 Santé mentale, fardeau et perception, **19**:18-21,27,35-8,39-40,43-4,47-8, 53-8; **24R**:131-2; **34**:8,29-31,36-7; **37**:40-1; **41**:70-1,74-80; **42**:48-50, 57-8; **46R**:51,56,140; **55**:20; **66**:18,26,29
 Déterminants, influence, **19**:19,20-1,32-5,40,43,46-7
 Enfants, **19**:30,33-5,36-7,42,47,51,52; **34**:31; **42**:49,63
 Médication sur ordonnance, **33**:43-51; **34**:35,36; **40**:73-4,86
 Réseau de consultation et comités, rôle, **19**:30-1,37-9
 Ressources financières, promotion, stratégie, besoin, **19**:21-6,28-9, 31-2,39,40-1,42-3
 Ressources humaines et rémunération, **19**:29-30,39,44-5,52-3; **41**:72-3, 75,79
 Soins communautaires et familiaux, rôle et besoin, **19**:26-8,36,41-2,46, 48-52,55-6; **34**:31-2,35-6
 Saskatchewan, système, **31**:21-3,46-53,55-66,68,72-3; **37**:30,38; **55**:10
 Assurance-médicaments, **33**:9-10
 Autochtones, **31**:14,16,32,36-7,43-4,57,61-2
 Infirmières, formation et milieu de travail, **31**:5-8,10-7,19-21,23-6,28
 Organismes bénévoles, **31**:9,14-5,17-8,28,72,73
 Soins à domicile, **31**:26-8,39-42
 Soins communautaires et familiaux, rôle, **31**:29-3,34,37; **33**:27
 Soins à domicile et palliatifs, qualité, financement et coûts, **2**:33,38,39, 43,46,49-50; **3**:25; **4R**:28-9; **13**:52-3,70-1; **14**:6-10,19-20,22-3; **24R**:12,86-8; **31**:39-42; **32**:43,45-6,50,89-90,96; **33**:7,9,56; **37**:64-5, 93-4,96-7,135; **38**:8-9,13,14,91-2,94-7; **39**:7-8,71-2,95; **42**:135, 136-7; **43**:8,20-1,60,68,75-6; **44**:31; **46R**:125-31,136-8,139-41,157; **48**:22-5,32-3,36-9; **49**:19-20,34-5; **53**:66,92; **54**:5-6,26-7; **56**:26-7; **59**:67-8; **60**:38-9,40; **65**:7-8,10-1,12-5,16-8,20-3,24-5,30-1,48-9; **66**:47,48,54-5,60,122
 Clientèle, catégories, évaluation et accès, **65**:5,6,8,10,11,15,16,19-20, 23,27-30,31-2,33-4
 Dépenses catastrophiques et coûts selon le revenu, **65**:25-6,34,35,36-7
 Fonds d'assurance spécial, **14**:28-30; **24R**:xxiv,90
 Gestionnaire de cas, **14**:21-2,23-4; **46R**:137-8
 Impôt, crédit, déductions et incitatif, **24R**:xxiii,89-90; **53**:45; **54**:20, 22-4; **55**:25; **56**:26,27
 Modèle amélioré de soins prolongés et de services communautaires, **65**:12-4,17,26
 Programme extra-mural, Nouveau-Brunswick, exemple, **44**:52-6; **46R**:94; **59**:58-9; **65**:4-7,14,18-20,25-9,31-3,35,38
 Programme national, besoin, **14**:9,11-2,13-6,18,20-1,24,26-8,31-2; **19**:41-2; **24R**:xxiii,88-9; **30**:81; **31**:9,26-8,47; **32**:110-1; **33**:29-30; **37**:84-6,91-2; **40**:97-9; **44**:33-5,37-8; **46R**:131-4,137,139,142-3; **54**:27-9; **55**:5,6-7,17-8,20,21,22-3; **59**:71-2; **65**:8-10,26-7,30,32
 Soignants formels et informels, **7**:12; **11**:22-3,29-30,33,34; **14**:10-1, 12-3,16-8,30; **24R**:xxiv,90-2; **30**:57,73-4,77-8,79,81-2,83; **31**:9; **32**:50; **37**:30-1,86,91-3,99-100,104-5; **38**:32,85,92-3; **41**:20-1,26-9, 38-9; **42**:68-9,71,77-8; **43**:7,10-1,76; **44**:71-2; **46R**:125-6,128, 133-6,138-9; **53**:36-7,38,43,44-6; **54**:19-20; **55**:24-5; **56**:41; **65**:23-4,25-6,37-8

Immigration and refugee protection —Cont'd

- Admissibility, immigrants and refugee status, screening —Cont'd
 Security Intelligence Review Committee, role, 27:42,47-9,51-2,59,95;
 28:87-8
 Skilled workers and business immigrants, 26:9-10,38-9,88-90; 28:8,
 13-4,68; 29:9,30-1; 35:31-2,33-4,44-5,46
 Stateless persons, 26:25-6; 28:75; 35:16
 Appeal, division, rights, 26:47,48-9,53-4,62-3; 27:16,45,53,60;
 28:67-8; 29:12,37-40
 Judicial review, 27:11-2; 28:22,59; 29:14; 35:8-10,14-5,16,26,29
 Restrictions, concerns, 26:49-50; 27:6-11,16-7,18-21,23,28-33,34,
 38-9,62-3,82-4,86,97,98; 28:55-7,61-4,66,80-2,83-6,89-94; 29:7;
 35:15-6,18-9,28-9; 36:7-8,10
 Staff, expertise and training, 27:12-3,36-7
 Canada-United States, border, security, enforcement, 26:15,16,18-9,
 23-4,40,72,79,99-100; 28:21,27,45,46,66-7; 35:44,54,55,56,57-8,
 60-1
 Computer crimes, 26:45-6
 Cross border crimes, 26:71-2,73
 Immigration laws, comparison, 27:33-6,37-40,47,85; 28:21-2,51,61
 North American perimeter, 35:48-51
 Safe third country, agreement, 26:18; 27:36; 29:23-4
 United States, illegal immigrants, 26:28-30,71; 27:38
 Changes, expectations, objective and political will, 27:21-2,84-5,86-7,
 88,92,95-6,99; 28:22-3,26-7,30-1,36-40,41-7,49-51,53,60,67,70-2;
 29:5-6,10-2,19-21,24-8,31-2,34-6,38-9
 Constitutionality, human rights, courts, challenges, concerns, 27:27-9,
 33,42,58,86,91,93-4; 28:22,32-5,36,45,48-9,72,73,80,85-6,89-93,94;
 29:6-7,14,17; 35:17-20
 Singh case, 28:18-9,20,31,54-5,66; 35:20
 Consultation process, 26:22,69; 27:24-5; 29:6,29-31,32,35; 35:43-4,
 45-6,47,51-2
 Department, resources, financial and human, evaluation, 26:16,24-5,
 42,44-5,59-60,61,68-9,70,78-9; 27:11,26-7,36,49,99; 28:7-8,13,14,
 20,29,30,34,40-1,42-3,47-8,60,62,68,73; 29:10,12-3,23,24,40-1;
 35:9,10,21-2,47-8; 36:4-6,8
 Code of ethics, proposal, 35:23
 Police forces, 26:43-6,73-82; 28:34
 Overseas request, improvement, need, 27:60-2; 28:15,36,81-2
 Training and computer equipment, lack, 35:52-6,59-64
 Visa officers, foreign countries, local, 27:61-2; 28:10,14-7,48,81; 36:5
 Family unification and sponsorship, 26:8,9,19-20,62; 29:9-10; 35:34-6
 Children, rights, compliance, 27:96-7
 Common-law partners, same-sex partners, 27:67-9,73-4
 Definitions and provisions, improvements, 27:69-70,74-5,76,77-9
 Denial, 27:97; 28:26; 35:35,47
 Grandparents, 27:70,77-9; 29:10; 36:6
 Mothers of Canadian born children, concerns, 27:72-3,77
 Sponsorship agreement, length, 27:71,72-3,77; 35:35,38-9
 Immigrant investment program, assessment, 28:40-1,61
 Immigrant women, concerns, 27:69-73,75,76-7; 28:73,77-8; 29:36;
 35:38-9; 36:10
 Immigration and Refugee Board, role, 26:11-2,47-67,69-70,80-1;
 27:12-3; 28:30,42-3,55-7; 29:14,37-8; 35:24-6; 36:5,6
 Delegated legislation, concerns, 35:26-7,29-30
 Immigration consultants, regulations, need, 28:8-10,11-2,57-9,64-6,93;
 35:25,29-31; 36:8-9
 Inadmissibility, removal, deportation and expulsion for criminality,
 human rights violation and security grounds, 26:7,14-5,35-8,39,47,
 55-6,58-9,65,68; 27:13-4,15,26,52-3,64; 29:12-3,34-5; 35:47-8;
 36:7-8
 Ahmed Ressam, 26:37-8,39-42,77; 28:21,28-9,60; 29:25
 Application, lack, illegal immigrants, 26:35-6,37-8,44,52; 27:18,24,
 34,38,46-7,52-3,54; 28:5-6,19,23-5,28,33,37,45-6,60,66,82-3;
 29:17-8,19; 35:36-7,39-43
 Criminals, serious criminality and organized crimes, 26:12-3,14,20,
 31-2,44,45,64,71-3,82; 27:30-3,35,38,43,45,58-9,63,79-82; 28:45,
 55-6,62-4,66,67-8,71,82-3; 29:7-8,35-6; 35:15,39-40; 36:7
 Detention and apprehension, 26:14,36-7,61-2,82-3; 27:27,34,35,63;
 28:21-2,51,52; 29:8,12
 Documents, forged, offence, 26:13; 27:17-8; 28:26,52

Santé, système, gouvernement fédéral, rôle —Suite

- Soins à domicile et palliatifs, qualité, financement et coûts —Suite
 Soins à domicile versus hospitalisation, 14:24-6,32-3; 30:78-9;
 32:58-61,71; 37:47,65,94-5; 43:66-7; 44:11,52-3; 46R:127,128;
 50:26-7; 54:7-8; 56:39-41; 58:28-9; 59:70-1; 60:36-8; 65:6-7,9,
 11-2,17,24
 Suède, système, comparaison, 2:11,19-20,46,47-8; 19:5-6; 24R:46-8,
 66,70; 37:24; 40:41; 47R:30-1,32-3
 Accès, financement et frais modérateur, 19:6-8,9-10,11,12-4,16-7;
 22:14-5; 30:8-9; 33:15; 34:14-5; 47R:27-9
 Assurance et système privé, croissance, 19:8-9,17-8; 30:7-8,15-6;
 33:107; 39:81-4; 40:23; 47R:29-30
 Attente, temps, 19:8,10-1,15-6; 39:82; 47R:31-2; 58:22
 Personnel médical, 19:10,11-2,14-5; 47R:30
 Technologie et systèmes d'information, 2:33-4,37,46; 4:13; 4R:6;
 12:8-9; 34:7; 38:85-6; 46R:39-40
 Accessibilité et disponibilité, 5:6-10,31-2,34-5,37; 9:6-7,36-7; 12:4-6,
 35; 13:87,89-90,97-8; 24R:xxvii,xxix,104-5,126; 30:27,36; 31:9,
 21-3,33-4; 32:39,68,128; 37:79-81,86-7,101,103,121-2; 38:36-7,
 87-8; 39:60-1; 40:24; 41:47-8; 42:26-7,29-33,35-8,49,84,87-8,97;
 43:13,23,61-2; 44:39; 46R:41,106-7,109-10,112-7; 50:17-8;
 53:23-4; 56:8-9,14,67-70; 57:5,8-9; 61:10,30
 Carte santé intelligente, 37:95-8,106-7,120-1; 38:15-6,34-5,70-1;
 39:53,56; 42:95,97; 44:76; 56:34-5
 Comparaison internationale, 5:7,9,30-1; 22:40-2; 33:104; 37:101,103;
 38:86-8; 42:103-4; 46R:40-1
 Dépenses, coûts et efficience, calcul et méthodologie, 5:8,9,10-4,15,
 18-20,21,23-4,25,27,29,34,35-6; 9:11-2; 12:12-3,26-7,28,32,36;
 13:28; 24R:xxvii-xxviii,14,23,103-4,105,106; 30:29-32,43,44;
 33:98-9; 37:80,81-3; 38:27,31,87; 40:23-4; 42:90-1,103,104-5;
 46R:42-3,44,45-6; 49:11,23,32-3; 50:20; 53:35,65-6,87-8; 56:31-2,
 46,67,68,71; 59:19-20; 60:41-2; 66:112-3
 Dossier médical électronique versus vie privée, 4:24-7,28,30-1; 5:26,
 33-4,37; 11:8-9,20; 12:7-8,13-4,18-22,33-4,37-40; 24R:xxix,110-1;
 25:16-9; 30:30; 32:101; 37:97,108,117-8; 38:16-7,73; 40:35,36-7,
 44-5; 41:47,57-8; 42:40-1; 46R:121-3; 52:14-5,20-1; 53:6,17-8,23,
 81,82,88-9,90,91,93,95; 54:6,15; 55:10; 56:8,9,16,22-3,25-6,34-5;
 57:5-6; 58:23,24; 59:13-4,19; 60:11,43,44-5; 66:112-3
 Évaluation et reddition de comptes, 5:16,17-8,19,20-3,24-7,30,32-4,
 35,36,37; 9:30,31-2; 12:9; 24R:xxx-xxxi,105-6,112-4; 30:42-4;
 32:15-8; 37:83-4; 38:17-9,30,43; 40:24-5; 42:33; 43:77; 46R:43,
 44-5,154; 50:10,25; 53:31-3; 56:46; 59:38
 Harmonisation provinciale, fédérale et territoriale, 12:5,6-7,25-6,27,
 29-30,31-3,34-7; 30:26,32-3; 31:21-3,56-61,62-5; 32:13; 33:12-3;
 37:107,108-9; 39:22-3; 46R:114-7,123; 56:9,16-7,33; 57:20; 58:14
 Instruments à usage unique, réutilisation, craintes, 37:81,98-9;
 46R:41-2
 Main-d'œuvre, pénurie, 5:7,8,27-9,30,37-40; 30:36; 46R:43-4
 Ouest canadien, projet pilote, 30:24-41; 31:56-8,60-1,63-4
 Télé-santé et triage téléphonique, 12:14-7,22-5,27,32; 13:25-7,28;
 17:6,16,19-20,26; 24R:xxviii-xxix,23,106-10,144; 30:51; 32:31,
 137-8; 34:30,31-2; 37:94; 38:36; 40:24-5,26,28,37-8; 42:96; 43:
 59,73,76; 46R:110-21,141-2; 51:14-5,20,22; 57:9,10-1,15,16,23,
 26; 59:36-7; 61:12; 63:13,18; 66:55-6,60,86-7,91,103,107,116,
 123-4
 Terre-Neuve, système, 3:31-2; 39:80; 41:5-8,14-5,49-53,57-9,63-5,
 69-80; 43:37
 Accès en temps opportun, 41:12,70,71-2,77
 Financement, efficacité et régionalisation, 41:8,10,11,12-3,16-9,23-4,
 31-3,34,37-8,46-7,49,56-7,60-2,63,66-8; 50:21; 55:27
 Médicaments, assurance-médicaments, 41:7,8-10,15-6,62-3
 Organismes bénévoles, 41:40-5; 54:28-9
 Ressources humaines, 41:11-2,13-4,17,19-23,25-6,33-7,38-9,59
 Soins à domicile, 41:26-9,42-3,57,61,62,70
 Vieillesse et démographie, coûts, prédictions, impact, 2:8-9,12-7,
 20-1,30-8,40-2; 3:4-5,15-6,29-31; 4R:101-3; 5:6; 6:13-4; 7:4-5,7-12,
 16,18-9; 13:84; 37:21; 38:88-9; 40:89-91; 42:12; 46R:7-9,10,11,
 16-7; 53:29-30; 59:15,24-5,34; 62:6,23
 Allemagne, comparaison, 2:23-4; 3:26; 20:15-7
 Assurance-médicaments, 2:33,38,39; 7:13,15; 63:46-7
 Assurance-vieillesse, 39:19-20,31-2; 46R:15; 48:37-8

Immigration and refugee protection —Cont'd

- Inadmissibility, removal, deportation and expulsion for criminality —*Cont'd*
 Health grounds, 27:69,75-6
 Human smuggling and trafficking, enforcement, 26:8,13,18,25,31,44;
 28:24,37,77-8; 29:7,32-4
 Ministerial discretion, 26:73,83; 27:9,21,80,81-2; 28:56-7; 35:48
 Misrepresentation, 26:13; 29:8; 35:23-4
 Refoulement to torture, 27:44-6,54-5,64-5,94; 28:37,72
 Removal delays, 27:19-20,90
 Terrorism, definition, lack, 27:8-9,45,50-1,59,87-93,98; 28:60,78-9,
 87-8; 29:39; 35:5-7,12-3,15,16-8,20-1; 36:7
 International rules, compliance, 27:57,59,60,63-4,65,79,81,94,96-7,
 101; 28:22,37,53,69,72,73-4; 29:17,27-8,32-3; 36:9
 Refugee resettlement programs, 28:69-70,72-3
 Live-in caregiver program, foreign workers, concerns, 27:71-2,75; 29:9
 Permanent residents, 26:10-1,18-9; 27:10,49-50; 28:61
 Detention, 26:14,19; 28:55-6,57,62-4,82-6,89-92
 Residency obligation, period of time, 26:10,86-7; 28:57
 Status document, permanent resident card, 26:10,17-8,84-6,87-8;
 27:71,100-1; 28:52,81; 29:13,24,25; 35:24; 36:6
 Travel document and studying abroad, 26:10,86,87,88; 27:28; 28:81
 Professional and academic degrees, recognition and accreditation, 27:72
 Provinces, shared jurisdiction, 26:21-2,26-7; 27:48; 28:68; 29:32,35;
 35:34-6,43-4
 Municipalities, implication and funding, lack, 28:95-103
 Unanticipated and unintended costs, assistance, need, 35:33-7,38,44-5
 Regulations, drafting, power, concerns, 26:22; 27:14-6,25-6,37,83-4,
 101-2; 28:39-40; 29:6,15-7,20-2,32; 35:7-8,10-2,20-1,22-3,26-8,
 32-3,40; 36:6
 Retroactivity and transitional provision, concerns, 27:22-4; 28:60-1;
 29:10; 36:9-10
 Terrorist groups having representation in Canada, 28:10-1,17,21,28-9
 Transportation companies, obligations, passengers, 28:5-7,12-3,15

Privacy Rights Charter

- Constitution, recognition, 25:8,10,11-4,21-2,25-6,28-30,32-3,37-8;
 45:11-2,13-4,25-7
 Civil right versus state authority and public order, 25:5-7,13,14-5,
 17-8,19-21,31-2,33-5; 45:12-3,14
 Privacy, abuse or infringement, justifying examples, 25:15-9,28,29;
 45:15
 International commitment, 25:7-8,10-1,22; 45:13,14-5
 Legislations, compatibility and precedence, 25:8-9,23,24,27-8,30,38;
 45:11,12,14,16
 Litigation, Privacy Commissioner versus courts, 25:9,12,19-20,21,22-6,
 30-1,35-7; 45:13,15-6

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français

- Alberta, situation, 66:46-8,50-1,54-60
 Authors, role and mandate, 51:4-6,9-10,16,21-2,24-5; 66:11,17-8,96-7,
 105-6
 Representatives, provincial cooperation and statistics, 51:10-2,15,16-7,
 18-9; 66:18-9,106,111-2,116
 British Columbia, situation, 66:15-7,21,23-4,26-7,30,33-4,36-7,96
 Canada Health Act, linguistic duality, adding, proposal, 51:17,18;
 66:14,15,17,19-20,29,33,88,119-20,121
 Federal-provincial-territorial support program, creation, proposals, 51:9;
 66:14,17,19-20,27,28,33-4,35-6,53-4,87,103-4,121
 Financing, allocation, 51:13-4,23-4; 66:27-9,54,76-7,84,86,107-8,
 116-9,122
 Health status, determinants and quality of cares, language, importance,
 51:4-6-7,8,22-3; 66:10,11-2,16,18,19,38-9,41-3,47,59-60,78,103,
 105,110,120-1
 Assessment, research, 51:5-6,17-8; 66:13-4,20-1,25,61-3,98,106-7
 Children, early intervention, need, 66:39,48-9
 Dispersal and assimilation, influence, 51:7-8,11,18-9; 66:97-102,108,
 110-1,114-5,122-3
 Home and palliative care, lack, 66:47,48,54-5,60,122
 Managing, French, implication, 51:8; 66:45,47,101

Santé, système, gouvernement fédéral, rôle —Suite

- Vieillesse et démographie, coûts, prédictions, impact —*Suite*
 Baby-boomers, capitalisation anticipée, suggestion, 2:12,13,16,17-8,26
 Communautés éloignées et régions rurales, 2:27-8,38; 13:6-7
 Comparaison internationale, 2:42; 3:14-5; 7:10-1,17,20-2
 États-Unis, comparaison, 2:14,28,36,42; 3:20-1
 Femmes versus hommes, 2:20,28; 4R:79,80-1; 40:95-6
 Grande-Bretagne, comparaison, 2:40; 3:21
 Immigration et migration, influence, 2:34,47; 3:32,33-4; 7:7; 42:9,20,
 121,122
 Main-d'œuvre gériatrique, 3:9-12,13-4,16-21,23-4,25,27-8,31-3,35-6;
 32:110,114-5,126; 38:91; 42:124; 46R:13,80-1; 53:82-3
 Maison de soins infirmiers, inquiétudes, 42:69-72,75,78,80-1; 43:8;
 56:65-7
 Médicaments, accès et coûts, 2:34,38; 3:12,22-3; 4:14,15,24; 5:16-7;
 7:13,14; 24R:6; 32:111,116-7,123-4; 38:21-4,57-8; 40:72-3,94-7;
 42:130-1; 43:7-8; 46R:12-3,28-30; 48:32,37
 Population âgée de 85 ans et plus, 2:9-10,21-2,36,37,41; 3:29; 6:20;
 7:6,16
 Provinces, répartition, 2:28,29,33,34,44-5,46-7,48; 3:5-9,11,12,16-7,
 21-2,24-5,31-2,33-5; 7:7,14; 42:8-9,13-4,63-4,84-5,86-7; 43:20,
 63-4; 46R:15
 Revenus, éducation et alphabétisation, influence, 2:11-2,25-6,27,28;
 9:32-40; 32:116
 Santé, état, qualité et prévention, 2:10,11,14,18-9,20,27-8,36,37,38,
 48; 3:10,11,12-3,24,36; 4R:79,80,81,95-6; 5:11,12-3,21; 6:7;
 7:5-6,11,17,19-20; 13:7-8; 19:35-6; 32:110,114,117; 33:25,42;
 40:91-3,95-6,97; 41:41; 42:122-5; 46R:5-7,9-10,14-5
 Séjours hospitaliers, 7:14-6; 43:7
 Soins à domicile, 2:33,38,39,43,46,49-50; 3:25; 7:12; 14:22-4;
 32:110-1,122,123; 38:91-2; 40:97; 41:20,42-3; 42:69; 43:5-9,20-1,
 38; 44:65; 46R:12,127-8; 48:32-3,36-9; 54:19-20; 59:69-70
 Soins palliatifs, longue durée, terminaux, dernière année de vie, 2:15,
 23-5,27,29,38,39,43-6; 3:26; 5:11-3; 6:20,27,28; 7:6-7,15; 20:45-6;
 30:62,76-7,80,81-4; 31:26-8; 32:112-3,125-6; 46R:10-1,13,16;
 53:82; 56:66; 62:18
 Suède, comparaison, 2:11,19-20,46,47-8; 46R:9,153
 Technologies nouvelles, utilisation, éducation, 53:80-2
 Testament euthanasique et déclaration de volonté, 2:15,22-3,25,29-30,
 38-9,44
 Ticket modérateur ou co-assurance, 2:13,26-7,36,48-9; 32:115-6,
 122-3; 42:87
 Zones rurales, état de santé, services, prestations et financement, 2:27-8,
 38; 7:15; 17:4-5,6-7,12,13,15-8,21-6,27-8; 22:21; 24R:56; 33:17-9;
 34:7; 42:66,85-6; 43:37-8,75-6; 46R:144-7,150-2,157; 47R:68; 50:9;
 51:7-8,18-9; 54:28-9; 55:19-20,25-32; 56:11; 59:35,43; 66:97-102,
 108,110-1,114-5,122-3
 Centres d'excellence, utilisation, 63:13-7
 Main-d'œuvre, attraction et rétention, 11:16; 13:6-7,35,41-3; 17:5-6,
 7-15,18-21,24,26-7,28-30; 30:51-2; 32:25-6,32-3,35,132,134-6;
 33:51-5,56,57,65; 34:8; 43:30-1; 46R:81-2,147-50; 50:21; 57:15-6,
 21-4,26,27-8; 58:13; 59:50,52-4,60-1,64-7
 Télé-médecine et télé-triage, 12:14-7,22-5,27,32; 13:25-7,28; 17:6,16,
 19-20,26; 24R:xxviii-xxix,23,106-10,144; 30:51; 32:31,137-8;
 34:30,31-2; 37:94; 38:36; 40:24-5,26,28,37-8; 42:96; 43:59,73,76;
 46R:110-21,141-2,150; 50:14-5,20,22; 57:9,10-1,15,16,23,26;
 59:36-7; 63:13,18

Santé (La) des Canadiens: le rôle du gouvernement fédéral. Volume deux. Tendances actuelles et défis futurs
 Texte, 46R:i-vi,1-165

Santé (La) des Canadiens: le rôle du gouvernement fédéral. Volume quatre. Questions et options
 Texte, 24R:i-xlii,1-148

Santé (La) des Canadiens: le rôle du gouvernement fédéral. Volume trois. Les systèmes de soins de santé dans d'autres pays
 Texte, 47R:i-v,1-75

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français *Cont'd*

- Manitoba, situation, **66**:101-2,124
 Centre de santé de Saint-Boniface, **66**:43-6,50,54-8,60-1,103
 Rural Manitoba, access, denial, **66**:44,50
 Mental health, **66**:18,26,29
 Military personnel and veterans, lack, **51**:19-20,21
 Networks and technologies, use for information exchange, **51**:7,8-9,10, 16; **66**:14,16-7,23-4,56-7,67,68,99,107,108,115
 Electronic medical record, **66**:112-3
 Tele home care and francophone call centre, **66**:55-6,60,103,107,116
 Telemedicine and tele-health, **51**:14-5,20,22; **66**:86-7,91,116,123-4
 New Brunswick, example, **66**:25-6,28,29-30,78-81,85-9,91-3,95,97,98
 Nova Scotia, policies, **66**:9-12,22-3,31
 Ontario, situation, **66**:12-5,24,28-9,35-6,98,99-100,120-1,122-3,124-5
 Montfort Hospital, influence, **66**:24,28,31-2,40-3,54,86,115
 Hospitals, merger, influence, **66**:100-1,106,113-4,115
 Prince Edward Island, Centre communautaire Évangéline, **66**:38-40, 48-50,53,55,60-2
 Workforce, training and recruiting, **51**:7,9,20-1; **66**:12,13,28-9,34-5, 42,45,53-4,107,123-4
 Carrier, promotion and community integration, **66**:22-5,47-8,50-2, 57-8,67,68,78,79,84-5,86-8
 College level training, sectors offered, **66**:63-71,108-9,111
 Isolated post allowance, **66**:84-5
 Multidisciplinary team work, **51**:7,9; **66**:38-40,48-50,52,60-1,94-5, 108,110-1,123-4
 New Brunswick, example, **66**:78-81,87,88-9,91
 Nursing, **66**:48,57-9,71,72-4,81-3,89-90,99,109,111
 Trainers, teaching function, value, need, **66**:72-4,78,81-3,90-1,107
 University training with consortium, **51**:13-4,21; **66**:21-3,25-6,35,52, 71-96,99,108-9

Sir John A. Macdonald Day and Sir Wilfrid Laurier Day

Official recognized days, reasons, **8**:13-27

Santé (La) des Canadiens: le rôle du gouvernement fédéral. Volume un. Le chemin parcouru

Texte, **4R**:i-vi,1-127

Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français

- Alberta, situation, **66**:46-8,50-1,54-60
 Auteurs, rôle et mandat, **51**:4-6,9-10,16,21-2,24-5; **66**:11,17-8,96-7, 105-6
 Représentation, collaboration provinciale et statistiques, **51**:10-2,15, 16-7,18-9; **66**:18-9,106,111-2,116
 Colombie-Britannique, situation, **66**:15-7,21,23-4,26-7,30,33-4,36-7,96
 État de santé, déterminants et qualité de soins, langue, importance, **51**:4, 6-7,8,22-3; **66**:10,11-2,16,18,19,38-9,41-3,47,59-60,78,103,105,110, 120-1
 Dispersement et assimilation, influence, **51**:7-8,18-9; **66**:97-102,108, 110-1,114-5,122-3
 Enfants, intervention précoce, besoin, **66**:39,48-9
 Évaluation, recherches, **51**:5-6,11,17-8; **66**:13-4,20-1,25,61-3,98, 106-7
 Financement, attribution, **51**:13-4,23-4; **66**:27-9,54,76-7,84,86,107-8, 116-9,122
 Gouvernance, francophones, implication, besoin, **51**:8; **66**:45,47,101
 Île-du-Prince-Édouard, Centre communautaire Évangéline, **66**:38-40, 48-50,53,55,60-2
 Loi canadienne sur la santé, dualité linguistique, inclusion, proposition, **51**:17,18; **66**:14,15,17,19-20,29,33,88,119-20,121
 Main-d'œuvre, formation et recrutement, **51**:7,9,20-1; **66**:12,13,28-9, 34-5,42,45,53-4,107,123-4
 Carrière, promotion et intégration communautaire, **66**:22-5,47-8,50-2, 57-8,67,68,78,79,84-5,86-8
 Équipes multidisciplinaires, **51**:7,9; **66**:38-40,48-50,52,60-1,94-5,108, 110-1,123-4
 Formateurs, valorisation, besoin, **66**:72-4,78,81-3,90-1,107
 Formation collégiale, enseignement offert, **66**:63-71,108-9,111
 Formation universitaire avec partenariats **51**:13-4,21; **66**:21-3,25-6,35, 52,71-96,99,108-9
 Infirmières et infirmiers, **66**:48,57-9,71,72-4,81-3,89-90,99,109,111
 Nouveau-Brunswick, exemple, **66**:78-81,87,88-9,91
 Primes d'éloignement, **66**:84-5
 Manitoba, situation, **66**:101-2,124
 Centre de santé de Saint-Boniface, **66**:43-6,50,54-8,60-1,103
 Manitoba rural, accès refusé, **66**:44,50
 Nouveau-Brunswick, exemple, **66**:25-6,28,29-30,78-81,85-9,91-3,95, 97,98
 Nouvelle-Écosse, politiques, **66**:9-12,22-3,31
 Ontario, situation, **66**:12-5,24,28-9,35-6,98,99-100,120-1,122-3,124-5
 Hôpital Montfort, influence, **66**:24,28,31-2,40-3,54,86,115
 Hôpitaux, fusion, influence, **66**:100-1,106,113-4,115
 Personnel militaire et anciens combattants, accès, manque, **51**:19-20,21
 Programme fédéral, provincial et territorial, création, proposition, **51**:9; **66**:14,17,19-20,27,28,33-4,35-6,53-4,87,103-4,121
 Réseaux et technologies, informations, échange, besoin, **51**:7,8-9,10,16; **66**:14,16-7,23-4,56-7,67,68,99,107,108,115
 Dossier médical électronique, **66**:112-3
 Télé-médecine, **51**:14-5,20,22; **66**:86-7,91,116,123-4
 Télé-soins à domicile et centre d'appel téléphonique, **66**:55-6,60,103, 107,116
 Santé mentale, **66**:18,26,29
 Soins à domicile et palliatifs, manque, **66**:47,48,54-5,60,122

WITNESSES AND ADVISERS

Adams, Tony, Professor, National Centre for Epidemiology and Population Health, Australian National University
 Health care system, **21**:11-2,14,16-7,23,26

Aiken, Sharryn (Personal presentation)
 Bill C-11, **27**:41-3,47-55

TÉMOINS ET CONSEILLERS

Adams, Tony, professeur, National Centre for Epidemiology and Population Health, Australian National University
 Santé, système, **21**:11-2,14,16-7,23,26

Aiken, Sharryn (présentation personnelle)
 Projet de loi C-11, **27**:41-3,47-55

- Alexander, Taylor**, President and Chief Executive Officer, Canadian Association for Community Care
Health care system, **14**:9-14,20,23-32
- Allen, Stephen**, Member, Commission for Justice and Peace and Commission's Ecumenical Health Care
Health care system, **37**:22-6,31,34-7,41-3
- Alteras, Tanya**, Analyst, Department of Health and Human Services, United States
Health care system, **23**:12
- Anderson, George**, President and Chief Executive Officer, Insurance Bureau of Canada
Health care system, **42**:21-4,29,31-2,36-7,39-43
- Arès, George**, President, Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada
Health care system, **32**:117-22,124-5
- Armstrong, Pat**, Centre for Excellence for Women's Health
Health care system, **11**:21-3,28-30,33-5
- Armstrong, Wendy**, Alberta Consumers Association
Health care system, **32**:94-8,102-9
- Arsenault, Elise**, Coordinator, Evangeline Community Health Centre
Health care system, **43**:83-5,93-4
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:38-40,48-50,53,55,60-2
- Assad-Butcher, Linda**, Director, Health and Community Services, La Cité collégiale
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:69
- Atkinson, Joan**, Assistant Deputy Minister, Policy and Program Development, Citizenship and Immigration Department
Bill C-11, **26**:7-30; **29**:12-3,20,31
- Audette, Michelle**, Acting President and President of the Native Women Association of Quebec
Health care system, **16**:37-9,43-4,49,52-3,56
- Auld, Neila**, Executive Director, Prince Edward Island Pharmacy Board
Health care system, **43**:26-9,31,34-6
- Aylward, Sandra**, Vice-President, Pharmacy Services, Canadian Association of Chain Drug Stores
Health care system, **44**:20,23-5
- Babb, Clement Edwin** (Personal presentation)
Health care system, **38**:99
- Ballem, Hon. Jamie**, Minister, Department of Health and Social Services, Prince Edward Island
Health care system, **43**:51-2,54-70
- Ballerman, Elisabeth**, President, Health Sciences Association of Alberta
Health care system, **32**:61-4,67-8,71-2,74
- Barrett, Dave**, Chair, Tommy Douglas Research Institute
Health care system, **33**:21-36,40-3
- Barrett, Maxine**, Nova Scotia Valley Caregiver Support Group
Health care system, **42**:68-72,75,77-8,80-1
- Barrett, Peter**, President, Canadian Medical Association
Health care system, **13**:5-10,17-23,25-8,30-1,34-6,39-42; **34**:4-9,13-6,20-6,28-9; **56**:9-12,15,20,27-32,39-40
- Alexander, Taylor**, président-directeur général, Association canadienne de soins et services communautaires
Santé, système, **14**:9-14,20,23-32
- Allen, Stephen**, membre, Commission justice et paix et Commission œcuménique sur les soins de santé, Conseil canadien des Eglises
Santé, système, **37**:22-6,31,34-7,41-3
- Alteras, Tanya**, analyste, Department of Health and Human Services, États-Unis
Santé, système, **23**:12
- Anderson, George**, président-directeur général, Bureau d'assurance du Canada
Santé, système, **42**:21-4,29,31-2,36-7,39-43
- Arès, George**, président, Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada
Santé, système, **32**:117-22,124-5
- Armstrong, Pat**, Centre d'excellence pour la santé des femmes
Santé, système, **11**:21-3,28-30,33-5
- Armstrong, Wendy**, Alberta Consumers Association
Santé, système, **32**:94-8,102-9
- Arsenault, Élise**, coordonnatrice, Centre de santé communautaire Évangéline
Santé, système, **43**:83-5,93-4
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:38-40,48-50,53,55,60-2
- Assad-Butcher, Linda**, directrice, Santé et services communautaires, La Cité collégiale
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:69
- Atkinson, Joan**, sous-ministre adjointe, Développement des politiques et programmes, ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration
Projet de loi C-11, **26**:7-30; **29**:12-3,20,31
- Audette, Michelle**, présidente intérimaire et présidente des femmes autochtones du Québec, Association des femmes autochtones du Canada
Santé, système, **16**:37-9,43-4,49,52-3,56
- Auld, Neila**, directrice exécutive, Prince-Edward Island Pharmacy Board
Santé, système, **43**:26-9,31,34-6
- Aylward, Sandra**, vice-présidente, Services pharmaceutiques, Association canadienne des chaînes de pharmacies
Santé, système, **44**:20,23-5
- Babb, Clement Edwin** (présentation personnelle)
Santé, système, **38**:99
- Ballem, honorable Jamie**, ministre, ministère des Sciences et des services sociaux, Île-du-Prince-Édouard
Santé, système, **43**:51-2,54-70
- Ballerman, Elisabeth**, présidente, Health Sciences Association of Alberta
Santé, système, **32**:61-4,67-8,71-2,74
- Barrett, Dave**, président, Tommy Douglas Research Institute
Santé, système, **33**:21-36,40-3
- Barrett, Maxine**, Nova Scotia Valley Caregiver Support Group
Santé, système, **42**:68-72,75,77-8,80-1

- Bartlett, Judith**, Chair, National Aboriginal Health Organization
Health care system, **16**:56-61,67,69
- Bates, Joanna**, Associate Dean, Admissions, University of British Columbia
Health care system, **33**:58-9,66,72
- Batt, Sharon**, Chair, Elizabeth May Chair in Women's Health and the Environment, Dalhousie University
Health care system, **42**:72-7
- Bauer, William** (Personal presentation)
Bill C-11, **28**:27-31,34,38-9,41-3,45-8
- Baum, Georg**, Director General, Head of Directorate, Health Care, Health Ministry, Germany
Health care system, **20**:5-25
- Bayers, Marlene**, Regional Manager, Weight Watchers
Health care system, **41**:53-6,65
- Bégin, Hon. Monique** (Personal presentation)
Health care system, **54**:4-29
- Bélanger, Gilles**, President and Chief Executive Officer, Shipping Federation of Canada
Bill C-11, **28**:5-7,12-3,15
- Beresford, Kevin**, Chair, Council of Chief Executive Officer, Regional Health Authorities of Manitoba
Health care system, **30**:42-4,47-8,50-2
- Bergeron, Pierre**, Director General, Réseau des cégeps et des collèges francophones du Canada
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:67
- Bergman, June**, Primary Care Initiative
Health care system, **32**:98-101,103,106
- Bernier, Chantal**, Assistant Deputy Minister, Socio-economic Development Policy and Programs, Indian Affairs and Northern Development Department
Health care system, **16**:9-12,14-7
- Bernstein, Alan**, President, Canadian Institutes of Health Research
Health care system, **9**:5-21
- Berthelot, Jean-Marie**, Manager, Health Analysis and Modeling Group, Social and Economic Studies Division, Statistics Canada
Health care system, **2**:10-2,19-20,22,24,26,28
- Bhimji, Arif**, President, At Work Health Solutions Inc.
Health care system, **37**:48-52,56-7
- Bimba, Nathaniel**, Mennonite Central Committee
Bill C-11, **27**:61-3,66
- Bissett, James** (Personal presentation)
Bill C-11, **28**:23-7,35,37-8,41,43-4
- Björkman, James**, International Institute of Social Studies of the Netherlands
Health care system, **15**:4-7,10-38
- Blackwell, Jodi**, Research and Operations Director, Saskatoon Chamber of Commerce
Health care system, **31**:56-8
- Barrett, Peter**, président, Association médicale canadienne
Santé, système, **13**:5-10,17-23,25-8,30-1,34-6,39-42; **34**:4-9,13-6,20-6,28-9; **56**:9-12,15,20,27-32,39-40
- Bartlett, Judith**, présidente, Organisation nationale sur la santé des autochtones
Santé, système, **16**:56-61,67,69
- Bates, Joanna**, doyenne associée, Admissions, University of British Columbia
Santé, système, **33**:58-9,66,72
- Batt, Sharon**, présidente, Elizabeth May Chair in Women's Health and the Environment, Dalhousie University
Santé, système, **42**:72-7
- Bauer, William** (présentation personnelle)
Projet de loi C-11, **28**:27-31,34,38-9,41-3,45-8
- Baum, Georg**, directeur général, chef, Conseil d'administration, Soins de santé, ministère de la Santé, Allemagne
Santé, système, **20**:5-25
- Bayers, Marlene**, directrice régionale, Weight Watchers
Santé, système, **41**:53-6,65
- Bégin, honorable Monique** (présentation personnelle)
Santé, système, **54**:4-29
- Bélanger, Gilles**, président-directeur général, Fédération maritime du Canada
Projet de loi C-11, **28**:5-7,12-3,15
- Beresford, Kevin**, président, Conseil des administrateurs, Offices régionaux de la santé du Manitoba
Santé, système, **30**:42-4,47-8,50-2
- Bergeron, Pierre**, directeur général, Réseau des cégeps et des collèges francophones du Canada
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:67
- Bergman, June**, Primary Care Initiative
Santé, système, **32**:98-101,103,106
- Bernier, Chantal**, sous-ministre adjointe, Programmes et politiques socio-économiques, ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien
Santé, système, **16**:9-12,14-7
- Bernstein, Alan**, président, Instituts de recherche en santé du Canada
Santé, système, **9**:5-21
- Berthelot, Jean-Marie**, chef, Groupe d'analystes et de modélisation de la santé, Division des études sociales et économiques, Statistique Canada
Santé, système, **2**:10-2,19-20,22,24,26,28
- Bhimji, Arif**, président, At Work Health Solutions Inc.
Santé, système, **37**:48-52,56-7
- Bimba, Nathaniel**, Comité central mennonite du Canada
Projet de loi C-11, **27**:61-3,66
- Bissett, James** (présentation personnelle)
Projet de loi C-11, **28**:23-7,35,37-8,41,43-4
- Björkman, James**, Institut international d'études sociales des Pays-Bas
Santé, système, **15**:4-7,10-38

- Blake Dibblee, Bernice**, Executive Director, St. John's Branch, Victorian Order of Nurses for Canada
Health care system, **41**:26-8,33-5,38
- Blau, June**, President, Saskatchewan Registered Nurses' Association
Health care system, **31**:5-8,10-2,15-21,23-6
- Blomqvist, Ake**, Visiting Academic, Applied Research and Analysis Directorate, Information, Analysis and Connectivity Branch and Professor, University of Western Ontario
Health care system, **22**:20-3,41,43,45-6
- Bond, John**, Member, Advocacy Committee, Hospice and Palliative Care Manitoba
Health care system, **30**:81-2
- Boscoe, Madeline**, Advocacy Coordinator, Women's Health Clinic
Health care system, **30**:56-9,64-5,69,71-4
- Bose, Anuradha**, Executive Director, National Organization of Immigrant and Visible Minority Women of Canada
Bill C-11, **27**:69-72,74-5,77-8
- Bouchard, Réal**, Director, Social Policy Division, Finance Department
Bill C-2, **10**:13
- Boucher, Daniel**, Chief Executive Officer, Société franco-manitobaine
Health care system, **30**:84-7,91-4
- Boucher, Serge**, Hôpital Hôtel-Dieu de Québec
Health care system, **39**:30-2,36-7,40-8
- Bradley, Deborah**, Manager, Public Health Policy, Department of Health and Social Services, Prince Edward Island
Health care system, **43**:11-4,18,21
- Brimacombe, Glenn**, Director, Health Program, Conference Board of Canada
Health care system, **2**:41-3,47-50
- Brimacombe, Glenn G.**, Chief Executive Officer, Association of Canadian Academic Healthcare Organizations
Health care system, **56**:47-51,55-6,62,71; **63**:5-12,25,27
- Brousseau, Carole**, Lawyer, Research and Legislation Division, Barreau du Québec
Bill C-11, **35**:22-4,27-32
- Brouwer, Andrew**, Former Manager, Research and Policy, Maytree Foundation
Bill C-11, **27**:93-5,100-2
- Brown, Rob**, Member, Task Force on Health Care Financing, Canadian Institute of Actuaries
Health care system, **2**:14-21,23-7,29-30
- Bryant, Bill**, Chair, Council of Chairs, Regional Health Authorities of Manitoba
Health care system, **30**:41-2,47,49-50
- Buffett, Edward**, President and Chief Executive Officer, Buffett Taylor Associates Ltd., Employee Benefits and Workplace Wellness Consultants
Health care system, **37**:26-8,32,34-5,39-40
- Burdett, Christine**, Provincial Chair, Friends of Medicare
Health care system, **32**:76-8,82,84-5,89
- Burrett, John**, Acting Director, Social and Economic Policy, Federation of Canadian Municipalities of Ontario
Bill C-11, **28**:95-6,99-100
- Blackwell, Jodi**, directrice, Recherche et Opérations, Chambre de commerce de Saskatoon
Santé, système, **31**:56-8
- Blake Dibblee, Bernice**, directrice exécutive, Région de St. John's, Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada
Santé, système, **41**:26-8,33-5,38
- Blau, June**, présidente, Saskatchewan Registered Nurses' Association
Santé, système, **31**:5-8,10-2,15-21,23-6
- Blomqvist, Ake**, professeur invité, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, University of Western Ontario
Santé, système, **22**:20-3,41,43,45-6
- Bond, John**, membre, Comité de parrainage, Hospice and Palliative Care Manitoba
Santé, système, **30**:81-2
- Boscoe, Madeline**, coordonnatrice de parrainage, Women's Health Clinic
Santé, système, **30**:56-9,64-5,69,71-4
- Bose, Anuradha**, directrice générale, Organisation nationale des femmes immigrantes et des femmes appartenant à une minorité visible du Canada
Projet de loi C-11, **27**:69-72,74-5,77-8
- Bouchard, Réal**, directeur, Division de la politique sociale, ministère des Finances
Projet de loi C-2, **10**:13
- Boucher, Daniel**, président-directeur général, Société franco-manitobaine
Santé, système, **30**:84-7,91-4
- Boucher, Serge**, Hôpital Hôtel-Dieu de Québec
Santé, système, **39**:30-2,36-7,40-8
- Bradley, Deborah**, gestionnaire, Politique de santé publique, ministère de la Santé et des services sociaux, Île-du-Prince-Édouard
Santé, système, **43**:11-4,18,21
- Brimacombe, Glenn**, directeur, Programme sur la santé, Conference Board du Canada
Santé, système, **2**:41-3,47-50
- Brimacombe, Glenn G.**, président-directeur général, Association canadienne des institutions de santé universitaires
Santé, système, **56**:47-51,55-6,62,71; **63**:5-12,25,27
- Brousseau, Carole**, avocate, Service de recherche et de législation, Barreau du Québec
Projet de loi C-11, **35**:22-4,27-32
- Brouwer, Andrew**, ancien directeur, Recherche et politique, Fondation Maytree
Projet de loi C-11, **27**:93-5,100-2
- Brown, Rob**, membre, Commission d'étude sur le financement des soins de santé, Institut canadien des actuaires
Santé, système, **2**:14-21,23-7,29-30
- Bryant, Bill**, président, Conseil des présidents, Offices régionaux de la santé du Manitoba
Santé, système, **30**:41-2,47,49-50
- Buffett, Edward**, président-directeur général, Buffett Taylor Associates Ltd., société d'experts conseil en avantages sociaux et en mieux-être au travail
Santé, système, **37**:26-8,32,34-5,39-40

- Bury, John** (Personal presentation)
Health care system, **31**:33-4,37-8,40-3
- Cairns, John A.**, Dean of Medicine, University of British Columbia
Health care system, **33**:55-8,63-5,67,69-70,73-8
- Calnan, Robert**, President-Elect, Canadian Nurses Association
Health care system, **61**:11-4,19,21,31
- Camerlain, Monique**, President, Board of Directors, Frosst Health Care Foundation
Health care system, **39**:89-90,93-4,96
- Campbell, Robert S. W.** (Personal presentation)
Health care system, **38**:98-9
- Caplan, Hon. Elinor**, Minister of Citizenship and Immigration
Bill C-11, **29**:5-41
- Castonguay, Claude** (Personal presentation)
Health care system, **39**:5-8,13-4,18-24
- Chan, Joseph**, President, Ontario Association of Optometrists
Health care system, **37**:68-71,76-8
- Chaplan, Ron**, Chair, Political Action Committee, Equality for Gays and Lesbians Everywhere
Bill C-11, **27**:75-6
- Charrette, Serge**, National President, Customs Excise Union
Bill C-11, **35**:52-64
- Chodos, Howard**, Researcher, Library of Parliament
Organization meeting, **1**:14
- Clark, Scott**, President, United Native Nations, Congress of Aboriginal Peoples
Health care system, **16**:35-7,44,46,53,56
- Clark, Tom** (Personal presentation)
Bill C-11, **27**:57-60,63-5
- Clarke, Beverly**, Assistant Deputy Minister, Department of Health and Community Services, Newfoundland
Health care system, **41**:9-10,14-6,18-9
- Clarke, Margaret**, Executive Director, Advocacy Committee, Hospice and Palliative Care Manitoba
Health care system, **30**:81-4
- Clotey, Clarence**, Acting Director, Diabetes Division, Bureau of Cardio-Respiratory Diseases and Diabetes, Centre for Chronic Disease Prevention and Control, Health Department
Health care system, **6**:30,32
- Coombs, Robert**, President and Chief Executive Officer, Health Promotion Research
Health care system, **4**:5-10,21,23-4,26-7,29,32-4,40,43
- Coffey, Edwin**, Retired Associate Professor, Faculty of Medicine, McGill University
Health care system, **39**:78-88
- Collacott, Martin** (Personal presentation)
Bill C-11, **28**:20-3,36,38,41-6,50
- Conn, Robert**, President and Chief Executive Officer, Smartrisk
Health care system, **37**:136-40
- Connors, Kathleen**, President, Canadian Federation of Nurses Unions
Health care system, **13**:53-9,64-7,70-1,75,77-80; **48**:5-7,23-4,28-9
- Burdett, Christine**, présidente provinciale, Friends of Medicare
Santé, système, **32**:76-8,82,84-5,89
- Burrett, John**, directeur suppléant, Politiques sociales économiques, Fédération canadienne des municipalités
Projet de loi C-11, **28**:95-6,99-100
- Bury, John** (présentation personnelle)
Santé, système, **31**:33-4,37-8,40-3
- Cairns, John A.**, doyen de la médecine, University of British Columbia
Santé, système, **33**:55-8,63-5,67,69-70,73-8
- Calnan, Robert**, président élu, Association des infirmières et infirmiers du Canada
Santé, système, **61**:11-4,19,21,31
- Camerlain, Monique**, présidente, Conseil d'administration, Fondation Frosst pour les soins de santé
Santé, système, **39**:89-90,93-4,96
- Campbell, Robert S. W.** (présentation personnelle)
Santé, système, **38**:98-9
- Caplan, honorable Elinor**, ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration
Projet de loi C-11, **29**:5-41
- Castonguay, Claude** (présentation personnelle)
Santé, système, **39**:5-8,13-4,18-24
- Chan, Joseph**, président, Ontario Association of Optometrists
Santé, système, **37**:68-71,76-8
- Chaplan, Ron**, président, Comité d'action politique, Égalité pour les gais et les lesbiennes
Projet de loi C-11, **27**:75-6
- Charrette, Serge**, président national, Union Douanes Accise
Projet de loi C-11, **35**:52-64
- Chodos, Howard**, attaché de recherche, Bibliothèque du Parlement
Réunion d'organisation, **1**:14
- Clark, Scott**, président, United Native Nations, Congrès des peuples autochtones
Santé, système, **16**:35-7,44,46,53,56
- Clark, Tom** (présentation personnelle)
Projet de loi C-11, **27**:57-60,63-5
- Clarke, Beverly**, sous-ministre adjointe, ministère de la Santé et des services communautaires, Terre-Neuve
Santé, système, **41**:9-10,14-6,18-9
- Clarke, Margaret**, directrice générale, Comité de parrainage, Hospice and Palliative Care Manitoba
Santé, système, **30**:81-4
- Clotey, Clarence**, directeur général par intérim, division du diabète, Bureau des maladies cardio-respiratoires et du diabète, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, ministère de la Santé
Santé, système, **6**:30,32
- Coombs, Robert**, président-directeur général, Health Promotion Research
Santé, système, **4**:5-10,21,23-4,26-7,29,32-4,40,43
- Coffey, Edwin**, professeur adjoint retraité, Faculté de médecine, McGill University
Santé, système, **39**:78-88

Contandriopoulos, André-Pierre, Professor, Faculty of Medicine,
Université de Montréal
Health care system, **39**:33-6,38-43,46-8

Cook, Robert, President and Chief Executive Officer, Nova Scotia
Association of Health Organizations
Health care system, **42**:6-10,13-7,19-21

Copeland, Paul D. (Personal presentation)
Bill C-11, **28**:82-4,89-90,92

Costello, Jack, Director, Jesuit Centre for Social Faith and Justice
Bill C-11, **27**:55-7,59-60,63-5

Cowperthwaite, David, Director, Information system, Department of
Health and Wellness of New Information, New Brunswick
Health care system, **11**:31-40

Coyte, Peter, Co-Director, Home and Community Care Evaluation and
Research Centre, University of Toronto
Health care system, **65**:7-10,15-7,20-1,23-5,28-31,34-7

Crawford, Cameron, President, Roeher Institute
Health care system, **38**:79-81,93-4,96

Dalziel, William, University of Ottawa
Health care system, **3**:9-14,19-25,28-9,32-6

Daniels, Mark, President, Canadian Life and Health Insurance
Association
Health care system, **40**:48-50,52,56,58,60-7

Darby, Paul, Director, Economic Forecasting, Conference Board of
Canada
Health care system, **59**:4-5,17-8,23-4,38-40,44-5,62-3,69-70

Davis, David H. (Personal presentation)
Bill C-11, **28**:80-2,93

Davis, Jack, Chief Executive Officer, Calgary Health Authority
Health care system, **32**:36-9,43-9,51-5; **53**:5-6,28-31,34,40-3,49-50,
58-61,65,67-70,75-6,82-3,87-93

Davis, Kurt, Executive Director, Canadian Society for Medical
Laboratory Science
Health care system, **13**:80-2,91-100

Day, Brian, Founder, Cambie Surgery Centre
Health care system, **33**:79-96

Deber, Raisa, Professor, Department of Health Policy, Management and
Evaluation, University of Toronto
Health care system, **59**:10-2,18-9,28-32,36-7,39,48-50,56-9,63-4,67-9,
71,74,76-7

Decter, Michael, Chairman, Board of Directors, Canadian Institute for
Health Information
Health care system, **38**:5-24; **52**:4-33

Dench, Janet, Executive Director, Canadian Council for Refugees
Bill C-11, **28**:72-3,77-9

D'Entremont, Paul, Coordinator, Health Sector, Fédération acadienne
de la Nouvelle-Écosse
*Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en
français*, **66**:9-12,22-3,31

Dewar, Veronica N., President, Pauktuutit Inuit Women's Association
Health care system, **16**:39-41,51-2

Collacott, Martin (présentation personnelle)
Projet de loi C-11, **28**:20-3,36,38,41-6,50

Conn, Robert, président et directeur général, Sauve-qui-pense
Santé, système, **37**:136-40

Connors, Kathleen, présidente, Fédération canadienne des syndicats des
infirmières et infirmiers
Santé, système, **13**:53-9,64-7,70-1,75,77-80; **48**:5-7,23-4,28-9

Contandriopoulos, André-Pierre, professeur, Faculté de médecine,
Université de Montréal
Santé, système, **39**:33-6,38-43,46-8

Cook, Robert, président-directeur général, Nova Scotia Association of
Health Organizations
Santé, système, **42**:6-10,13-7,19-21

Copeland, Paul D. (présentation personnelle)
Projet de loi C-11, **28**:82-4,89-90,92

Costello, Jack, directeur, Jesuit Centre for Social Faith and Justice
Projet de loi C-11, **27**:55-7,59-60,63-5

Cowperthwaite, David, directeur, Système d'information, ministère de
la Santé et du Mieux-être, Nouveau-Brunswick
Santé, système, **11**:31-40

Coyte, Peter, codirecteur, Home and Community Care Evaluation and
Research Centre, University of Toronto
Santé, système, **65**:7-10,15-7,20-1,23-5,28-31,34-7

Crawford, Cameron, président, Institut Roeher
Santé, système, **38**:79-81,93-4,96

Dalziel, William, Université d'Ottawa
Santé, système, **3**:9-14,19-25,28-9,32-6

Daniels, Mark, président, Association canadienne des compagnies
d'assurance de personnes
Santé, système, **40**:48-50,52,56,58,60-7

Darby, Paul, directeur, Prévisions économiques, Conference Board du
Canada
Santé, système, **59**:4-5,17-8,23-4,38-40,44-5,62-3,69-70

Davis, David H. (présentation personnelle)
Projet de loi C-11, **28**:80-2,93

Davis, Jack, président-directeur général, Calgary Health Authority
Santé, système, **32**:36-9,43-9,51-5; **53**:5-6,28-31,34,40-3,49-50,58-61,
65,67-70,75-6,82-3,87-93

Davis, Kurt, directeur exécutif, Société canadienne de science de
laboratoire médical
Santé, système, **13**:80-2,91-100

Day, Brian, fondateur, Cambie Surgery Centre
Santé, système, **33**:79-96

Deber, Raisa, professeur, Département de la politique sanitaire, de la
gestion et de l'évaluation des soins, University of Toronto
Santé, système, **59**:10-2,18-9,28-32,36-7,39,48-50,56-9,63-4,67-9,71,
74,76-7

Decter, Michael, président, Conseil d'administration, Institut canadien
d'information sur la santé
Santé, système, **38**:5-24; **52**:4-33

Dench, Janet, directrice générale, Conseil canadien des réfugiés
Projet de loi C-11, **28**:72-3,77-9

- Donaldson, Cam**, Professor, Department of Economics, University of Calgary
Health care system, 22:17-20,32,35,38,40
- Donovan, Catherine**, Department of Health and Community Services, Newfoundland
Health care system, 41:49-53,56-7,64-8
- Dorais, Michel**, Deputy Minister, Citizenship and Immigration Department
Bill C-11, 29:24
- Dorion, Robert** (Personal presentation)
Health care system, 40:41-7
- Drukarsh, Marshall** (Personal presentation)
Bill C-11, 28:84-6,90-3
- Dunbar, David**, Senior Counsel, Legal Services, Citizenship and Immigration Department
Bill C-11, 29:33-4
- Dunbrack, Janet**, Executive Director, Frosst Health Care Foundation
Health care system, 39:89-96
- Dunlop, Mary Jo**, President, Comcare Health Services
Health care system, 37:84-7,91-100,104-5
- Dutchak, Dave**, President, Saskatoon Chamber of Commerce
Health care system, 31:58-60,62-6
- Dykeman, Margaret**, Faculty of Nursing, University of New Brunswick
Health care system, 44:5-7,15-7,19,21-2,25-7
- Easton, Margot**, Canadian Association for Community Living
Health care system, 38:84-5,96
- Elcock, Ward**, Director, Canadian Security Intelligence Service
Bill C-11, 26:33-9,41-5
- Eliesen, Marc**, Co-Chair, Tommy Douglas Research Institute
Health care system, 33:29-39,41-2
- Elinderson, Lars**, Deputy Member, Committee on Health and Welfare, Swedish Parliament (Riksdag)
Health care system, 19:5-18
- Elliott, Nancy**, Member, Legal Committee, Canadian Centre for Victims of Torture
Bill C-11, 27:43-7
- Elliott, Ron**, President, Canadian Pharmacists Association
Health care system, 38:61-4,68,71-5,77-8
- Elmslie, Kimberly**, Acting Executive Director, Health Research Secretariat, Health Department
Health care system, 9:22-32
- Elston, Murray**, President, Canada's Research-Based Pharmaceutical Companies
Health care system, 11:7-12,14-9
- Empey, Kevin**, Chief Financial Officer, University Health Network
Health care system, 56:44-7,51-4,58-60,62,64-5,67-71
- Evans, Robert G.**, Professor, Department of Economics and Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia
Health care system, 59:5-9,20-2,24-6,28,41-3,45-7,54,59-60,62,65-8,70-6
- D'Entremont, Paul**, coordinateur, Secteur santé, Fédération acadienne de la Nouvelle-Écosse
Santé en français - Pour un meilleur accès à des services de santé en français, 66:9-12,22-3,31
- Dewar, Veronica N.**, présidente, Association des femmes inuites de Pauktuutit
Santé, système, 16:39-41,51-2
- Donaldson, Cam**, professeur, Département d'économie, University of Calgary
Santé, système, 22:17-20,32,35,38,40
- Donovan, Catherine**, ministère de la Santé et des services communautaires, Terre-Neuve
Santé, système, 41:49-53,56-7,64-8
- Dorais, Michel**, sous-ministre, ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration
Projet de loi C-11, 29:24
- Dorion, Robert** (présentation personnelle)
Santé, système, 40:41-7
- Drukarsh, Marshall** (présentation personnelle)
Projet de loi C-11, 28:84-6,90-3
- Dunbar, David**, avocat-conseil, Services juridiques, ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration
Projet de loi C-11, 29:33-4
- Dunbrack, Janet**, directrice exécutive, Fondation Frosst pour les soins de santé
Santé, système, 39:89-96
- Dunlop, Mary Jo**, présidente, Comcare services de santé
Santé, système, 37:84-7,91-100,104-5
- Dutchak, Dave**, président, Chambre de commerce de Saskatoon
Santé, système, 31:58-60,62-6
- Dykeman, Margaret**, Faculté des sciences infirmières, University of New Brunswick
Santé, système, 44:5-7,15-7,19,21-2,25-7
- Easton, Margot**, Association canadienne pour l'intégration communautaire
Santé, système, 38:84-5,96
- Elcock, Ward**, directeur, Service canadien du renseignement de sécurité
Projet de loi C-11, 26:33-9,41-5
- Eliesen, Marc**, coprésident, Tommy Douglas Research Institute
Santé, système, 33:29-39,41-2
- Elinderson, Lars**, membre suppléant, Comité sur la santé et le bien-être, Parlement suédois (Riksdag)
Santé, système, 19:5-18
- Elliott, Nancy**, membre, Comité juridique, Centre canadien pour les victimes de torture
Projet de loi C-11, 27:43-7
- Elliott, Ron**, président, Association des pharmaciens du Canada
Santé, système, 38:61-4,68,71-5,77-8
- Elmslie, Kimberly**, directrice exécutive par intérim, Secrétariat de recherche en santé, ministère de la Santé
Santé, système, 9:22-32

- Ezeard, Ken**, Chief Executive Officer, West Prince Regional Health Authority
Health care system, **43**:42-51
- Faelker, Margo**, Deputy Director, Section Financial Issues of Statutory Health Insurance, Health Ministry, Germany
Health care system, **20**:7-8,10-1,14-5,18-20,22,25
- Fahey, Gerry**, Executive Director, Health Professions Council
Health care system, **33**:51,60-2,65,72
- Fairweather, Gordon** (Personal presentation)
Bill C-11, **28**:18-20,33
- Farnharm, Jane**, Vice-President, Pharmacy, Drug Trading Company Limited
Health care system, **38**:64-8,70-1,73,74-5,78
- Feeny, David** (Personal presentation)
Health care system, **5**:18-26,31,33-4,39-40
- Ferguson, Brian**, Professor, Department of Economics, University of Guelph
Health care system, **58**:8-13,15,19-23,26-30
- Ferguson, Bryan**, Partner, Applied Management
Health care system, **44**:43-7,56-60; **63**:28-43
- Ferrabee, Mike**, Vice-President, Government Affairs, Canadian Restaurant and Foodservices Association
Bill C-2, **10**:29-30,39,43-4,47-8,50
- Fidler, Don**, Director, Health Care, Métis National Council
Health care system, **31**:84-5
- Filler, Robert**, President, Canadian Society of Telehealth
Health care system, **11**:14-7,23,25,29
- Finestone, Hon. Sheila**, Senator
Bill S-21, subject-matter, **25**:5-20,23-6,38-9
- Fisher, John**, Executive Director, Equality for Gays and Lesbians Everywhere
Bill C-11, **27**:67-9,73-5,78
- Flanagan-Rochon, Kathleen**, Coordinator, Community Services, Department of Health and Social Services, Prince Edward Island
Health care system, **43**:77-82
- Flood, Colleen**, Professor, Faculty of Law, University of Toronto
Health care system, **22**:23-5,33,38-9; **38**:46-7,50-4,56
- Foerster, John**, Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development
Health care system, **30**:26-9,39-40
- Foley, Stephen**, President, Health Care Council, Canadian Union of Public Employees, Saskatchewan
Health care system, **31**:46-7,54
- Fontaine, Yvon**, Rector and President, National Consortium on Health Training, Université de Moncton
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:74-7,83-5,88-9,91-2,94-5
- Forget, Claude** (Personal presentation)
Health care system, **22**:13-7,31,34-7,41-6; **39**:8-12,15-8,22-3,25-9; **53**:18-22,25-6,31-3,37-8,54-6,63-4,70-1,84-6,92-3
- Elston, Murray**, président, Les compagnies de recherches pharmaceutiques du Canada
Santé, système, **11**:7-12,14-9
- Empey, Kevin**, directeur financier, University Health Network
Santé, système, **56**:44-7,51-4,58-60,62,64-5,67-71
- Evans, Robert G.**, professeur, Département des sciences économiques et Centre pour la recherche sur les services et les politiques sanitaires, University of British Columbia
Santé, système, **59**:5-9,20-2,24-6,28,41-3,45-7,54,59-60,62,65-8,70-6
- Ezeard, Ken**, directeur général, West Prince Regional Health Authority
Santé, système, **43**:42-51
- Faelker, Margo**, directrice adjointe, Section des questions financières relatives à l'assurance-santé réglementaire, ministère de la Santé, Allemagne
Santé, système, **20**:7-8,10-1,14-5,18-20,22,25
- Fahey, Gerry**, directeur exécutif, Conseil des professions de la santé
Santé, système, **33**:51,60-2,65,72
- Fairweather, Gordon** (présentation personnelle)
Projet de loi C-11, **28**:18-20,33
- Farnharm, Jane**, vice-présidente, Pharmacie, Drug Trading Company Limited
Santé, système, **38**:64-8,70-1,73,74-5,78
- Feeny, David** (présentation personnelle)
Santé, système, **5**:18-26,31,33-4,39-40
- Ferguson, Brian**, professeur, Département des sciences économiques, University of Guelph
Santé, système, **58**:8-13,15,19-23,26-30
- Ferguson, Bryan**, associé, Applied Management
Santé, système, **44**:43-7,56-60; **63**:28-43
- Ferrabee, Mike**, vice-président, Affaires gouvernementales, Association canadienne des restaurateurs
Projet de loi C-2, **10**:29-30,39,43-4,47-8,50
- Fidler, Don**, directeur, Soins de santé, Ralliement national des Métis
Santé, système, **31**:84-5
- Filler, Robert**, président, Société canadienne de télésanté
Santé, système, **11**:14-7,23,25,29
- Finestone, honorable Sheila**, sénatrice
Projet de loi S-21, teneur, **25**:5-20,23-6,38-9
- Fisher, John**, directeur exécutif, Égalité pour les gais et les lesbiennes
Projet de loi C-11, **27**:67-9,73-5,78
- Flanagan-Rochon, Kathleen**, coordonnatrice, Services communautaires, ministère de la Santé et des services sociaux, Île-du-Prince-Édouard
Santé, système, **43**:77-82
- Flood, Colleen**, professeure, Faculté de droit, University of Toronto
Santé, système, **22**:23-5,33,38-9; **38**:46-7,50-4,56
- Foerster, John**, Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development
Santé, système, **30**:26-9,39-40
- Foley, Stephen**, président, Conseil de la santé, Syndicat canadien de la fonction publique de la Saskatchewan
Santé, système, **31**:46-7,54

- Fotia, Frank**, Vice-President, Group Insurance, Canadian Life and Health Insurance Association
Health care system, **40**:63-6
- Francis, Rory**, Deputy Minister, Department of Health and Social Services, Prince Edward Island
Health care system, **43**:52-4
- Frank, James G.**, Chief Economist and Vice-President, Conference Board of Canada
Health care system, **2**:30-6,41,43-7
- Fraser, Betty**, Chief Executive Officer, Southern King's Health Authority
Health care system, **43**:70-4
- Fraser, Ken**, Fraser Group
Health care system, **63**:43-65
- Fraser, Sheila**, Interim Auditor General of Canada, Office of the Auditor General of Canada
Bill C-2, **10**:21-8
- Fredrickson, Pat**, President, Canadian Practical Nurses Association
Health care system, **32**:55-8,66,69-70,73,75
- Friesen, Henry**, Team Leader, Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development
Health care system, **30**:24-6,32-6,38-9
- Friolot, Yseult**, Director General, Fédération des francophones de la Colombie-Britannique
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:15-7,21,23-4,26-7,30,33-4,36-7
- Fruitman, Mel**, President, Consumers' Association of Canada
Health care system, **37**:63-4
- Fyke, Ken**, Former Chair, Saskatchewan Committee on Medicare
Health care system, **33**:5-20
- Gaffield, Chad**, Immediate Past President, Canadian Historical Association
Bill S-12, **24**:33-6,39-42
- Gagnon, Ann**, Advisor on Health, Association québécoise des droits des retraités
Health care system, **40**:93-8
- Gallagher, Michael**, Drug Section, Miramichi Police Force
Health care system, **44**:68-70,72-3,76
- Gardener, Ken**, Vice-President, Medical Affairs, Capital Health Authority, Edmonton
Health care system, **57**:4-6,11-4,20-1,23-4,26-9,31-2
- Garon, André**, Deputy Secretary General, Collège des médecins du Québec
Health care system, **40**:28-30,32-3,40-1
- Garrard, Nancy**, Acting Director General, Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch, Health Department
Health care system, **6**:28-9,32-3; **7**:13,18-21,25; **19**:19,24-6,31,35
- Garritty, Peggy**, Premier's Advisory Council on Health, Alberta
Health care system, **32**:13
- Gauthier, Hubert**, Director General, Saint-Boniface Hospital
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:97,104-13,115-21,123,125
- Fontaine, Yvon**, recteur et président, Consortium national de formation en santé, Université de Moncton
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:74-7,83-5,88-9,91-2,94-5
- Forget, Claude** (présentation personnelle)
Santé, système, **22**:13-7,31,34-7,41-6; **39**:8-12,15-8,22-3,25-9; **53**:18-22,25-6,31-3,37-8,54-6,63-4,70-1,84-6,92-3
- Fotia, Frank**, vice-président, Assurance collective, Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes
Santé, système, **40**:63-6
- Francis, Rory**, sous-ministre, ministère de la Santé et des services sociaux, Île-du-Prince-Édouard
Santé, système, **43**:52-4
- Frank, James G.**, économiste en chef et vice-président, Conference Board of Canada
Santé, système, **2**:30-6,41,43-7
- Fraser, Betty**, directrice générale, Southern King's Health Authority
Santé, système, **43**:70-4
- Fraser, Ken**, Fraser Group
Santé, système, **63**:43-65
- Fraser, Sheila**, vérificatrice générale du Canada par intérim, Bureau du vérificateur général du Canada
Projet de loi C-2, **10**:21-8
- Fredrickson, Pat**, présidente, Canadian Practical Nurses Association
Santé, système, **32**:55-8,66,69-70,73,75
- Friesen, Henry**, chef d'équipe, Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development
Santé, système, **30**:24-6,32-6,38-9
- Friolot, Yseult**, directrice générale, Fédération des francophones de la Colombie-Britannique
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:15-7,21,23-4,26-7,30,33-4,36-7
- Fruitman, Mel**, président, Association des consommateurs du Canada
Santé, système, **37**:63-4
- Fyke, Ken**, président sortant, Saskatchewan Committee on Medicare
Santé, système, **33**:5-20
- Gaffield, Chad**, président sortant, Société historique du Canada
Projet de loi S-12, **24**:33-6,39-42
- Gagnon, Ann**, conseillère sur la santé, Association québécoise des droits des retraités
Santé, système, **40**:93-8
- Gallagher, Michael**, Division des drogues, Forces policières de Miramichi
Santé, système, **44**:68-70,72-3,76
- Gardener, Ken**, vice-président, Affaires médicales, Capital Health Authority, Edmonton
Santé, système, **57**:4-6,11-4,20-1,23-4,26-9,31-2
- Garon, André**, secrétaire général délégué, Collège des médecins du Québec
Santé, système, **40**:28-30,32-3,40-1

- Georgetti, Kenneth V.**, President, Canadian Labour Congress
Health care system, **49**:12-20,23-4,26-31,35
- Gervais, Francis**, bâtonnier du Québec, Barreau du Québec
Bill C-11, **35**:22,24-7,29-31
- Getty, Norville**, Consultant, Union of New Brunswick Indians
Health care system, **44**:79-80,86
- Gilbert, John H. V.**, Coordinator of Health Sciences, University of British Columbia
Health care system, **33**:111-3
- Gleberzon, Bill**, Associate Executive Director, Canadian Association of Retired Persons
Health care system, **38**:95
- Godley, Mark**, Maples Surgical Centre, Manitoba
Health care system, **34**:33-5,38-42
- Goodhand, Peter**, President, Medical Devices Canada
Health care system, **37**:79-84
- Gordon, Larry**, Member, Health Committee, Inuit Tapirisat of Canada
Health care system, **16**:33-5,49,55
- Gordon, Michael**, Member, National Advisory Council on Aging
Health care system, **2**:36-40,42-3,45-6,48-9
- Goulden, Randy**, Executive Director, Tourism Yorkton, Canadian Parks and Recreation
Health care system, **31**:68-72,75
- Gour, Alcide**, Past President, Association canadienne-française de l'Ontario
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:12-5,21,24,28-9,31-3,35-6
- Gradsby, Joan**, President, Market-Media International Corporation
Health care system, **33**:43-51
- Graham, Tom**, President, Canadian Union of Public Employees, Saskatchewan
Health care system, **31**:47-8,54-5
- Grant, Lorraine**, Chair, Board of Directors, Health Association of British Columbia
Health care system, **33**:97-100,108
- Green, Mendel M.** (Personal presentation)
Bill C-11, **28**:54-9,62-8
- Greene, Michael, A.**, Past Chair, National Citizenship and Immigration Law Section, Canadian Bar Association
Bill C-11, **27**:7-11,16-35,38-40
- Griffin, David**, Executive Officer, Canadian Police Association
Bill C-11, **26**:70-4,77,79-80,82-3
- Grinspun, Doris**, Executive Director, Ontario Hospital Association
Health care system, **38**:24-5,30-2,35,38,41
- Guimond, Pierrette**, Assistant Professor, Faculty of Health Sciences, School of Nursing, University of Ottawa
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:71-4,81-3,89-90
- Gulliver, Cheryl**, President, Canadian Association for Community Living
Health care system, **38**:81-5,87,94-7
- Garrard, Nancy**, directrice générale intérimaire, Centre pour le développement de la santé humaine, Direction générale de la population et de la santé publique, ministère de la Santé
Santé, système, **6**:28-9,32-3; **7**:13,18-21,25; **19**:19,24-6,31,35
- Garritty, Peggy**, Premier's Advisory Council on Health, Alberta
Santé, système, **32**:13
- Gauthier, Hubert**, directeur général, Hôpital Saint-Boniface
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:97,104-13,115-21,123,125
- Georgetti, Kenneth V.**, président, Congrès du Travail du Canada
Santé, système, **49**:12-20,23-4,26-31,35
- Gervais, Francis**, bâtonnier du Québec, Barreau du Québec
Projet de loi C-11, **35**:22,24-7,29-31
- Getty, Norville**, expert-conseil, Union des Indiens du Nouveau-Brunswick
Santé, système, **44**:79-80,86
- Gilbert, John H. V.**, coordonnateur des sciences de la santé, University of British Columbia
Santé, système, **33**:111-3
- Gleberzon, Bill**, directeur exécutif associé, Association canadienne des personnes retraitées
Santé, système, **38**:95
- Godley, Mark**, Maples Surgical Centre, Manitoba
Santé, système, **34**:33-5,38-42
- Goodhand, Peter**, président, Instruments Médicaux du Canada
Santé, système, **37**:79-84
- Gordon, Larry**, membre, Comité de la santé, Inuit Tapirisat du Canada
Santé, système, **16**:33-5,49,55
- Gordon, Michael**, membre, Conseil consultatif national sur le troisième âge
Santé, système, **2**:36-40,42-3,45-6,48-9
- Goulden, Randy**, directeur exécutif, Tourisme Yorkton, Association canadienne des loisirs/parcs
Santé, système, **31**:68-72,75
- Gour, Alcide**, président sortant, Association canadienne-française de l'Ontario
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:12-5,21,24,28-9,31-3,35-6
- Gradsby, Joan**, présidente, Market-Media International Corporation
Santé, système, **33**:43-51
- Graham, Tom**, président, Syndicat canadien de la fonction publique de la Saskatchewan
Santé, système, **31**:47-8,54-5
- Grant, Lorraine**, présidente, Conseil d'administration, Health Association of British Columbia
Santé, système, **33**:97-100,108
- Green, Mendel M.** (présentation personnelle)
Projet de loi C-11, **28**:54-9,62-8
- Greene, Michael, A.**, président sortant, Section nationale du droit de l'immigration et de la citoyenneté, Association du Barreau canadien
Projet de loi C-11, **27**:7-11,16-35,38-40

- Gully, Paul**, Acting Director General, Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Health Department
Health care system, 6:9-12,21-2,24,26-7,29,32-4
- Guy, Rex G.**, National President, Federal Superannuates National Association
Health care system, 44:77-8,83,87; 48:30-4,36-7,39
- Haddad, Henry**, President, Canadian Medical Association
Health care system, 42:99-103,105,107-17
- Halliwell, Cliff**, Director General, Health Care Directorate, Health Policy and Communications Branch, Health Department
Health care system, 7:7,11,15,20,25
- Halparin, Elliot**, President, Ontario Medical Association
Health care system, 56:5-7,17-8,21-2,24-37,41
- Ham, Chris**, Director, Health Services Management Centre, University of Birmingham
Health care system, 20:27-9,31-2,36-43,45-53
- Hansen, Cheryl**, Director, Extra-Mural, Department of Health and Wellness, New Brunswick
Health care system, 65:4-7,14,18-20,25-9,31-3,35,38
- Harold, Kent**, Health Advisory Committee, Alberta and Northwest Conference, United Church of Canada
Health care system, 32:135-6
- Harper, Bill**, Assistant Deputy Minister, Department of Health and Social Services, Prince Edward Island
Health care system, 43:64-5
- Hayes, Kevin**, Senior Economist, Canadian Labour Congress
Bill C-2, 10:40-1,46-9
- Hayes, Marnie**, Neighbourhood Legal Services, Coalition for Just Immigration and Refugee Policy
Bill C-11, 27:95-7,102
- Heath, Roger**, Research and Communications Officer, Federal Superannuates National Association
Health care system, 44:83-4; 48:34-9
- Henningsen, Nadine**, Executive Director, Canadian Home Care Association
Health care system, 14:4-9,19-23,26,29,32-3
- Henry-MacDonald, Heather**, Chair, P.E.I. Seniors Advisory Council
Health care system, 43:5-9,17-8,20-1
- Henteleff, Paul**, Chair, Advocacy Committee, Hospice and Palliative Care Manitoba
Health care system, 30:74-84
- Herman, Brian**, Counsellor, Political and Cultural Affairs, Canadian Embassy in Denmark
Health care system, 64:9
- Hjulsager, Morten**, Head of Department, National Board of Health, Government of Denmark
Health care system, 64:21,25-7,30-1,33,35
- Hoffman, Abby**, Director General, Applied Research and Analysis Directorate, Information, Analysis and Connectivity Branch, Health Department
Health care system, 7:4-19,21-5
- Hollander, Marcus**, President, Hollander Analytical Services
Health care system, 65:10-4,17-8,22-3,25-7,32,38
- Griffin, David**, agent exécutif, Association canadienne des policiers et policières
Projet de loi C-11, 26:70-4,77,79-80,82-3
- Grinspun, Doris**, directrice exécutive, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Santé, système, 38:24-5,30-2,35,38,41
- Guimond, Pierrette**, professeure adjointe, Faculté des sciences de la santé, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, 66:71-4,81-3,89-90
- Gulliver, Cheryl**, présidente, Association canadienne pour l'intégration communautaire
Santé, système, 38:81-5,87,94-7
- Gully, Paul**, directeur général par intérim, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, ministère de la Santé
Santé, système, 6:9-12,21-2,24,26-7,29,32-4
- Guy, Rex G.**, président national, Association nationale des retraités fédéraux
Santé, système, 44:77-8,83,87; 48:30-4,36-7,39
- Haddad, Henry**, président, Association médicale canadienne
Santé, système, 42:99-103,105,107-17
- Halliwell, Cliff**, directeur général, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, ministère de la Santé
Santé, système, 7:7,11,15,20,25
- Halparin, Elliot**, président, Association médicale de l'Ontario
Santé, système, 56:5-7,17-8,21-2,24-37,41
- Ham, Chris**, directeur, Centre de gestion des services de santé, University of Birmingham
Santé, système, 20:27-9,31-2,36-43,45-53
- Hansen, Cheryl**, directrice, Programme extra-mural, ministère de la Santé et du Mieux-être, Nouveau-Brunswick
Santé, système, 65:4-7,14,18-20,25-9,31-3,35,38
- Harold, Kent**, Health Advisory Committee, Alberta and Northwest Conference, United Church of Canada
Santé, système, 32:135-6
- Harper, Bill**, sous-ministre adjoint, ministère de la Santé et des services sociaux, Île-du-Prince-Édouard
Santé, système, 43:64-5
- Hayes, Kevin**, économiste principal, Congrès du travail
Projet de loi C-2, 10:40-1,46-9
- Hayes, Marnie**, responsable, Services juridiques, Coalition for Just Immigration and Refugee Policy
Projet de loi C-11, 27:95-7,102
- Heath, Roger**, agent de recherche et des communications, Association nationale des retraités fédéraux
Santé, système, 44:83-4; 48:34-9
- Henningsen, Nadine**, directrice exécutive, Association canadienne de soins à domicile
Santé, système, 14:4-9,19-23,26,29,32-3
- Henry-MacDonald, Heather**, présidente, P.E.I. Seniors Advisory Council
Santé, système, 43:5-9,17-8,20-1

Holle, Peter, President, Frontier Centre for Public Policy
Health care system, **30**:7-16,20-2

Horn, Margaret, Executive Director, National Indian and Inuit
Community Health Representatives Organization
Health care system, **16**:71-3

Horne, Tammy, Member, Friends of Medicare
Health care system, **32**:87-8

Hughes Anthony, Nancy, President and Chief Executive Officer,
Canadian Chamber of Commerce
Health care system, **39**:49-51,54-6,58-61

Hughes-Power, Mary, Director, Acute and Continuing Care,
Department of Health and Social Services, Prince Edward Island
Health care system, **43**:9-11

Hurley, Donald A., President, Medtronic
Health care system, **38**:85-8,92-3

Hurley, Jeremiah, Professor, Department of Economics, McMaster
University
Health care system, **38**:41-4,48-52,54-5

Hurts, Hugo, Deputy Director, Health Insurance Division, Ministry of
Health, Welfare and Sports, Netherlands
Health care system, **15**:7-39

Hutchison, Brian, Director, Centre for Health Economics and Policy
Analysis, McMaster University
Health care system, **58**:4-8,12-4,23-9

Hutchison, Susan, Chair, GP Forum, Canadian Medical Association
Health care system, **56**:12-5,19,22-3,25-6,33,35-6,40-1

Hutten-Czapski, Peter, President, Society of Rural Physicians of Canada
Health care system, **17**:12-5,19,22-3,25-6,29-30

Jackman, Martha, Professor, Faculty of Law, University of Ottawa
Health care system, **18**:5-10,16-7,20-2,24-7,29,32

Jackson, Bob, President, Canadian Snowbird Association
Health care system, **44**:62-5,70-1,73-7

Jackson, Hon. Cameron, Minister of Citizenship with Responsibility for
Seniors, Ontario
Bill C-11, **35**:32-52

Janzen, William, Mennonite Central Committee
Bill C-11, **27**:60,62

Jenkins, Richard, Director, Marketing and Health Promotion, Nechi
Institute
Health care system, **32**:126-30,133,136,138

Joanisse, John, Vice-President, Academic Affairs, Montfort Hospital
*Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en
français*, **66**:40-3,51-2,56,58-9,61-2

Jock, Richard, Executive Director, National Aboriginal Health
Organization
Health care system, **16**:68-70

Johns, Paul D., Past Chair, Canadian Radiation and Imaging Societies in
Medicine
Health care system, **13**:87-91,94-8

Johnston, Elaine, Director, Health Services Assembly of First Nations
Health care system, **16**:24-9,42-3,47-8,50-1,55

Henteleff, Paul, président, Comité de parrainage, Hospice and Palliative
Care Manitoba
Santé, système, **30**:74-84

Herman, Brian, conseiller, Affaires politiques et culturelles, ambassade
du Canada au Danemark
Santé, système, **64**:9

Hjulsager, Morten, chef de ministère, Conseil national de la santé,
gouvernement du Danemark
Santé, système, **64**:21,25-7,30-1,33,35

Hoffman, Abby, directrice générale, Direction des soins de santé,
Direction générale de la politique de la santé et des communications,
ministère de la Santé
Santé, système, **7**:4-19,21-5

Hollander, Marcus, président, Hollander Analytical Services
Santé, système, **65**:10-4,17-8,22-3,25-7,32,38

Holle, Peter, président, Frontier Centre for Public Policy
Santé, système, **30**:7-16,20-2

Horn, Margaret, directrice exécutive, Organisation nationale des
représentants indiens et Inuits en santé communautaire
Santé, système, **16**:71-3

Horne, Tammy, membre, Friends of Medicare
Santé, système, **32**:87-8

Hughes Anthony, Nancy, présidente-directrice générale, Chambre de
commerce du Canada
Santé, système, **39**:49-51,54-6,58-61

Hughes-Power, Mary, directrice, Soins intensifs et de longue durée,
ministère de la Santé et des services sociaux, Île-du-Prince-Édouard
Santé, système, **43**:9-11

Hurley, Donald A., président, Medtronic
Santé, système, **38**:85-8,92-3

Hurley, Jeremiah, professeur, Département d'économie, McMaster
University
Santé, système, **38**:41-4,48-52,54-5

Hurts, Hugo, directeur adjoint, Division de l'assurance-santé, ministère
de la Santé, du Bien-être et des Sports, Pays-Bas
Santé, système, **15**:7-39

Hutchison, Brian, directeur, Centre for Health Economics and Policy
Analysis, McMaster University
Santé, système, **58**:4-8,12-4,23-9

Hutchison, Susan, présidente, Forum des omnipraticiens, Association
médicale canadienne
Santé, système, **56**:12-5,19,22-3,25-6,33,35-6,40-1

Hutten-Czapski, Peter, président, Société de la médecine rurale du
Canada
Santé, système, **17**:12-5,19,22-3,25-6,29-30

Jackman, Martha, professeure, Faculté de droit, Université d'Ottawa
Santé, système, **18**:5-10,16-7,20-2,24-7,29,32

Jackson, Bob, président, Association canadienne des Snowbirds
Santé, système, **44**:62-5,70-1,73-7

Jackson, honorable Cameron, ministre de la Citoyenneté avec
responsabilité pour les aînés, Ontario
Projet de loi C-11, **35**:32-52

- Jones, Jean**, Chair, Health Committee, Consumers' Association of Canada
Health care system, **37**:64-8,71-6,78
- Jones, Linda**, Nurses Practitioners Association of Ontario
Health care system, **13**:43-8,63,73-6
- Junk, Don**, Health Advisory Committee, Alberta and Northwest Conference, United Church of Canada
Health care system, **32**:137
- Kallstrom, Lisa**, Executive Director, Health Association of British Columbia
Health care system, **33**:102-3,109-10
- Kay, Kelly**, Representative, Canadian Practical Nurses Association
Health care system, **61**:4-7,17-8,20-1,23-5,27-30,33
- Kelly, David** (Personal presentation)
Health care system, **59**:9-10,22,26-8,40-1,47,50-1,53-4,60-6,72,75
- Kelly-Gagnon, Michel**, Executive Director, Montreal Economic Institute
Health care system, **39**:77-8,82-3,86,88-9
- Kenny, Nuala**, Professor of Paediatrics and Chair, Department of Bioethics, Dalhousie University
Health care system, **42**:44-7,53-5,59-62; **53**:10-5,23-4,33-4,44-6,50-2,66-7,73-7,81-2,89-90
- Keon, Sandra**, Secretary Treasurer and Vice-President Clinical Programs, Pembroke Hospital
Health care system, **44**:65-70
- Kephart, George**, Director, Population Health Research Unit, Department of Community and Epidemiology, Dalhousie University
Health care system, **42**:119-22,133-4,139-40,143
- Kers, Robin**, Vice-President, Canada Employment and Immigration Union
Bill C-11, **26**:69-70,76,80-1
- Kilham, Roger**, Australian Medical Association
Health care system, **21**:7-8,11,15-25,28,30-4
- King, Russell** (Personal presentation)
Health care system, **44**:27-42
- Korman, Roger A.**, President, IMS Health Canada
Health care system, **4**:14-7,21,26,28,30,34-5
- Kovacs, Paul**, Senior Vice-President Policy and Chief Economist, Insurance Bureau of Canada
Health care system, **42**:34-5,37,40-2
- Kulig, Judith**, Consortium for Rural Health Research
Health care system, **17**:4-7,18-22,27
- Kumin, Judith**, Representative in Canada, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees
Bill C-11, **28**:68-70,73-8
- Kurland, Richard**, Editor-in-Chief, Lexbase
Bill C-11, **28**:10-1,14-7
- Kusumakar, Vivek**, Head, Mood Disorders Research Group, Department of Psychiatry, Dalhousie University
Health care system, **42**:48-50,56-8,63,65
- Kutcher, Stan**, Head, Department of Community Health and Epidemiology-Psychiatry, Dalhousie University
Health care system, **43**:89-93
- Janzen, William**, Comité central mennonite du Canada
Projet de loi C-11, **27**:60,62
- Jenkins, Richard**, directeur, Commercialisation et promotion de la santé, Nechi Institute
Santé, système, **32**:126-30,133,136,138
- Joanisse, John**, vice-président, Affaires académiques, Hôpital Montfort
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:40-3,51-2,56,58-9,61-2
- Jock, Richard**, directeur exécutif, Organisation nationale sur la santé des autochtones
Santé, système, **16**:68-70
- Johns, Paul D.**, ancien président, Sociétés canadiennes en radiation et imagerie médicale
Santé, système, **13**:87-91,94-8
- Johnston, Elaine**, directrice, Services de santé, Assemblée des premières nations
Santé, système, **16**:24-9,42-3,47-8,50-1,55
- Jones, Jean**, présidente du Comité sur la santé, Association des consommateurs du Canada
Santé, système, **37**:64-8,71-6,78
- Jones, Linda**, Nurses Practitioners Association of Ontario
Santé, système, **13**:43-8,63,73-6
- Junk, Don**, Health Advisory Committee, Alberta and Northwest Conference, United Church of Canada
Santé, système, **32**:137
- Kallstrom, Lisa**, directrice générale, Health Association of British Columbia
Santé, système, **33**:102-3,109-10
- Kay, Kelly**, représentante, Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada
Santé, système, **61**:4-7,17-8,20-1,23-5,27-30,33
- Kelly, David** (présentation personnelle)
Santé, système, **59**:9-10,22,26-8,40-1,47,50-1,53-4,60-6,72,75
- Kelly-Gagnon, Michel**, directeur exécutif, Institut économique de Montréal
Santé, système, **39**:77-8,82-3,86,88-9
- Kenny, Nuala**, professeure de pédiatrie et présidente, Département de bioéthique, Dalhousie University
Santé, système, **42**:44-7,53-5,59-62; **53**:10-5,23-4,33-4,44-6,50-2,66-7,73-7,81-2,89-90
- Keon, Sandra**, secrétaire-trésorière et vice-présidente des programmes cliniques, Hôpital de Pembroke
Santé, système, **44**:65-70
- Kephart, George**, directeur, Unité de recherche en santé de la population, Département de la santé communautaire et de l'épidémiologie, Dalhousie University
Santé, système, **42**:119-22,133-4,139-40,143
- Kers, Robin**, vice-président national, Syndicat de l'emploi et de l'immigration du Canada
Projet de loi C-11, **26**:69-70,76,80-1
- Kilham, Roger**, Australian Medical Association
Santé, système, **21**:7-8,11,15-25,28,30-4

- Kverneland, Arne**, Head, Division of Medical Informatics, National Board of Health, Government of Denmark
Health care system, **64**:21-35
- Labelle, Jacques**, Former President-Director General, Ottawa General Hospital
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:97-101,113-5,120,122-4
- LaBossière, Edmond**, Coordinator/Facilitator, Affaires francophones intergouvernementales
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:97,101-4,116,123-4
- Lachapelle, Réjean**, Director, Demography Division, Statistics Canada
Health care system, **2**:8-10,20-1,28
- Ladouceur, Helen**, Member, New Brunswick Senior Citizens Federation Inc.
Health care system, **44**:65
- Laflèche, Chuck**, Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development
Health care system, **30**:29-32,34-5
- Lakaski, Carl**, Senior Analyst, Mental Health, Health Human Resources Strategies Division, Health Policy and Communications Branch, Health Department
Health care system, **19**:26-30,36-7
- Lamontagne, Yves**, President, Collège des médecins du Québec
Health care system, **40**:17-28,30-41
- Lang, Ray**, Superintendent, Royal Canadian Mounted Police
Bill C-11, **26**:37-8,43
- Larson, Ingrid**, Director, Member Relations, Community Health Services (Saskatoon) Association
Health care system, **31**:36-7,41,44-5
- Laurin-Bowie, Connie**, Canadian Association for Community Living
Health care system, **37**:82-3
- Layne, Bob**, Vice-President, Planning and Government, Western Region, Victorian Order of Nurses for Canada
Health care system, **31**:8-10,12-3,17-8,22-3,26-8
- Lebon, Janina**, Vice-President, Canada Employment and Immigration Union
Bill C-11, **26**:67-9,74-6,78-9
- Leddin, Desmond**, Head, Division of Gastroenterology, Dalhousie University
Health care system, **42**:125-7,132,135-6,140-1,143-4
- Leddy, Mary Jo**, Member, Ontario Sanctuary Coalition
Bill C-11, **27**:98-100,102
- Lee-Todd, Erin**, Vice-President of Anti-Racism and Anti-Oppression, Ontario Association of Interval and Transition Houses
Bill C-11, **27**:72-3,76-7
- Leech, Daryl**, Chair, Committee on Health Care, Canadian Institute of Actuaries
Health care system, **2**:18
- Legars, Anne**, Director, Policy and Government Affairs, Shipping Federation of Canada
Bill C-11, **28**:15
- King, Russell** (présentation personnelle)
Santé, système, **44**:27-42
- Korman, Roger A.**, président, IMS Health Canada
Santé, système, **4**:14-7,21,26,28,30,34-5
- Kovacs, Paul**, premier vice-président des politiques et économiste en chef, Bureau d'assurance du Canada
Santé, système, **42**:34-5,37,40-2
- Kulig, Judith**, Consortium for Rural Health Research
Santé, système, **17**:4-7,18-22,27
- Kumin, Judith**, représentante au Canada, Haut-commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
Projet de loi C-11, **28**:68-70,73-8
- Kurland, Richard**, rédacteur en chef, Lexbase
Projet de loi C-11, **28**:10-1,14-7
- Kusumakar, Vivek**, responsable du groupe de recherche sur les troubles de l'humeur, Département de psychiatrie, Dalhousie University
Santé, système, **42**:48-50,56-8,63,65
- Kutcher, Stan**, chef, Département de la santé communautaire et de l'épidémiologie-psychiatrie, Dalhousie University
Santé, système, **43**:89-93
- Kverneland, Arne**, chef, Division de l'informatique médicale, Conseil national de la santé, gouvernement du Danemark
Santé, système, **64**:21-35
- Labelle, Jacques**, ancien président-directeur général, Hôpital général d'Ottawa
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:97-101,113-5,120,122-4
- LaBossière, Edmond**, coordonnateur/facilitateur, Affaires francophones intergouvernementales
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:97,101-4,116,123-4
- Lachapelle, Réjean**, directeur, Direction de la démographie, Statistique Canada
Santé, système, **2**:8-10,20-1,28
- Ladouceur, Helen**, membre, Fédération des citoyens aînés du Nouveau-Brunswick Inc.
Santé, système, **44**:65
- Laflèche, Chuck**, Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development
Santé, système, **30**:29-32,34-5
- Lakaski, Carl**, analyste principal, Santé mentale, Division des stratégies en matière de ressources humaines en santé, Direction générale de la politique de la santé et des communications, ministère de la Santé
Santé, système, **19**:26-30,36-7
- Lamontagne, Yves**, président, Collège des médecins du Québec
Santé, système, **40**:17-28,30-41
- Lang, Ray**, surintendant, Gendarmerie royale du Canada
Projet de loi C-11, **26**:37-8,43
- Larson, Ingrid**, directrice, Relation avec les membres, Association des services des soins de santé communautaires, Saskatoon
Santé, système, **31**:36-7,41,44-5

- Léger, Anne-Marie**, Policy Analyst, Health Department
Health care system, **42**:76
- Léger, Michel**, Executive Director, Strategic Alliances and Priorities
Division, Information Analysis and Connectivity Branch, Health
Department
*Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en
français*, **51**:10,14,16,20
- Léger, Raymond**, Research Representative, Canadian Union of Public
Employees
Health care system, **43**:18-21; **44**:78-82,86
- LeGrand, Julian**, Professor, Richard Titmuss Professor of Social Policy,
London School of Economics
Health care system, **20**:26,29-30,33-4,38-42,45-8
- Lemire Rodger, Ginette**, President, Canadian Nurses Association
Health care system, **61**:7-11,15-7,19-23,25-30,32-3
- Lenton, William**, Assistant Commissioner, Royal Canadian Mounted
Police
Bill C-11, **26**:30-3,36,38-40,43-6
- Lexchin, Joel**, Medical Reform Group
Health care system, **37**:43-5,60-1
- Ling, Don**, Director, Medical Services, Department of Health and Social
Services, Prince Edward Island
Health care system, **43**:44-5,47,49-50
- Lips, Tom**, Senior Policy Advisor for Mental Health, Population and
Public Health Branch, Health Department
Health care system, **19**:19-25,29-37
- Lock, Randy**, Executive Director, Regional Health Authorities of
Manitoba
Health care system, **30**:44-7,53
- Lortie, Andrée**, President, La Cité collégiale
*Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en
français*, **66**:63-70
- Lozon, Jeffrey**, President and Chief Executive Officer, St. Michael's
Hospital
Health care system, **37**:109-13,117,119-20,125-6; **53**:15-8,24-5,34,
38-40,52-4,64-5,67,78-9,82,86,92,95; **63**:13-27
- Lucas, Wayne**, President, Canadian Union of Public Employees,
Newfoundland
Health care system, **41**:23-4,30-5,39
- Lutfallah, Jennifer**, Senior Advisor, Asylum, Refugees Branch,
Citizenship and Immigration Department
Bill C-11, **26**:25-6
- Lynch-Staunton, Hon. John**, Senator
Bill S-14, **8**:13-5,17,20,25
- MacDonald-Rencz, Sandra**, Director, Policy, Regulation and Research,
Canadian Nurses Association
Health care system, **13**:59-64,67-9,72,74-8
- MacKean, Peter**, Chairman of the Board, College of Family Physicians
of Canada
Health care system, **43**:22-4,29-33,37-9
- MacKinnon, David**, President and Chief Executive Officer, Ontario
Hospital Association
Health care system, **38**:25-30,32-41
- Laurin-Bowie, Connie**, Association canadienne pour l'intégration
communautaire
Santé, système, **38**:82-3
- Layne, Bob**, vice-président, Planification et relations gouvernementales,
région de l'Ouest, Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada
Santé, système, **31**:8-10,12-3,17-8,22-3,26-8
- Lebon, Janina**, vice-présidente nationale, Syndicat de l'emploi et de
l'immigration du Canada
Projet de loi C-11, **26**:67-9,74-6,78-9
- Leddin, Desmond**, chef, Division de la gastro-entérologie, Dalhousie
University
Santé, système, **42**:125-7,132,135-6,140-1,143-4
- Leddy, Mary Jo**, membre, Ontario Sanctuary Coalition
Projet de loi C-11, **27**:98-100,102
- Lee-Todd, Erin**, vice-présidente responsable de la lutte contre le racisme
et de la lutte contre l'oppression, Ontario Association of Interval and
Transition Houses
Projet de loi C-11, **27**:72-3,76-7
- Leech, Daryl**, président, Comité des soins de santé, Institut canadien des
actuaire
Santé, système, **2**:18
- Legars, Anne**, directrice, Politique et affaires gouvernementales,
Fédération maritime du Canada
Projet de loi C-11, **28**:15
- Léger, Anne-Marie**, analyste des politiques, ministère de la Santé
Santé, système, **42**:76
- Léger, Michel**, directeur exécutif, Division des alliances stratégiques et
des priorités, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la
connectivité, ministère de la Santé
*Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en
français*, **51**:10,14,16,20
- Léger, Raymond**, responsable de la recherche, Syndicat canadien de la
fonction publique
Santé, système, **43**:18-21; **44**:78-82,86
- LeGrand, Julian**, professeur, Politique sociale Richard Titmuss, London
School of Economics
Santé, système, **20**:26,29-30,33-4,38-42,45-8
- Lemire Rodger, Ginette**, présidente, Association des infirmières et
infirmiers du Canada
Santé, système, **61**:7-11,15-7,19-23,25-30,32-3
- Lenton, William**, sous-commissaire, Gendarmerie royale du Canada
Projet de loi C-11, **26**:30-3,36,38-40,43-6
- Lexchin, Joel**, Medical Reform Group
Santé, système, **37**:43-5,60-1
- Ling, Don**, directeur, Services médicaux, ministère de la Santé et des
services sociaux, Île-du-Prince-Édouard
Santé, système, **43**:44-5,47,49-50
- Lips, Tom**, conseiller principal en matière de politiques pour la santé
mentale, Direction générale de la santé de la population et de la santé
publique, ministère de la Santé
Santé, système, **19**:19-25,29-37
- Lock, Randy**, directeur général, Offices régionaux de la santé du
Manitoba
Santé, système, **30**:44-7,53

MacLean, David, Departmental Head, Community Health and Epidemiology, Dalhousie University
Health care system, **6**:12-23,25-32

MacNeil, Georgia, Chairperson, Feminists for Just and Equitable Public Policy
Health care system, **42**:66-8,79,81

Madden, Richard, Director, Australian Institute of Health and Welfare
Health care system, **21**:4-5,8-9,11,13-6,18-22,25-6,28-9,32,34-5

Magnet, Joseph (Personal presentation)
Bill C-11, **35**:5-22

Malcolm, John, Chief Executive Officer, Cape Breton Regional Health Care Complex
Health care system, **42**:84-7,91-8

Malone, Eileen, Member, New Brunswick Senior Citizens Federation Inc.
Health care system, **44**:72,75

Manion, Jack (Personal presentation)
Bill C-11, **28**:31-3,36,38-40,43,46-9

Martin, Carmel, Director, Australian Medical Association
Health care system, **21**:13,15,17-8,20-1,24,27-9,32

Martin, Sheilah, Professor, Faculty of Law, University of Calgary
Health care system, **18**:10-5,17,19-20,27-9,32-3

Matas, David, B'Nai Brith Canada
Bill C-11, **27**:79-93

Maynard, Gordon H., Treasurer, National Citizenship and Immigration Law Section, Canadian Bar Association
Bill C-11, **27**:14-32,39

Maynard, Susan, Senior Health Planner, Department of Health and Social Services, Prince Edward Island
Health care system, **43**:74-7

Mazankowski, Right Hon. Don, President, Premier's Advisory Council on Health, Alberta
Health care system, **32**:6-22

McBane, Michael, National Coordinator, Canadian Health Coalition
Health care system, **48**:7-8,18,20,24-5

McDole, Gerry, President and Chief Executive Officer, AstraZeneca
Health care system, **37**:87-91,93-4,96-8,100-3

McGowan, Thomas, President and Medical Director, Canadian Radiation Oncology Services
Health care system, **37**:5-19

McGrath, Karen (Personal presentation)
Health care system, **41**:70-80

McGurran, John, Project Director, Western Canada Waiting List Project
Health care system, **32**:91-4,101-2,104-5,107

McKinnon, Bill A., National Representative, Canadian Union of Public Employees, P.E.I. Division
Health care system, **43**:14-20

McKinnon, Sherry, Executive Director, Arthritis Society of Saskatchewan
Health care system, **31**:66-8,72-6

Lortie, Andrée, présidente, La Cité collégiale
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:63-70

Lozon, Jeffrey, président-directeur général, Hôpital St-Michael
Santé, système, **37**:109-13,117,119-20,125-6; **53**:15-8,24-5,34,38-40,52-4,64-5,67,78-9,82,86,92,95; **63**:13-27

Lucas, Wayne, président, Syndicat canadien de la fonction publique, Terre-Neuve
Santé, système, **41**:23-4,30-5,39

Lutfallah, Jennifer, conseillère principale, Droit d'asile, Direction générale du droit d'asile et des réfugiés, ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration
Projet de loi C-11, **26**:25-6

Lynch-Staunton, honorable John, sénateur
Projet de loi S-14, **8**:13-5,17,20,25

MacDonald-Rencz, Sandra, directrice, Politique, réglementation et recherche, Association des infirmières et infirmiers du Canada
Santé, système, **13**:59-64,67-9,72,74-8

MacKean, Peter, président, Conseil d'administration, Collège des médecins de famille du Canada
Santé, système, **43**:22-4,29-33,37-9

MacKinnon, David, président directeur général, Association des hôpitaux de l'Ontario
Santé, système, **38**:25-30,32-41

MacLean, David, chef de département, Santé communautaire et épidémiologie, Dalhousie University
Santé, système, **6**:12-23,25-32

MacNeil, Georgia, présidente, Feminists for Just and Equitable Public Policy
Santé, système, **42**:66-8,79,81

Madden, Richard, directeur, Australian Institute of Health and Welfare
Santé, système, **21**:4-5,8-9,11,13-6,18-22,25-6,28-9,32,34-5

Magnet, Joseph (présentation personnelle)
Projet de loi C-11, **35**:5-22

Malcolm, John, chef de la direction, Cape Breton Regional Health Care Complex
Santé, système, **42**:84-7,91-8

Malone, Eileen, membre, Fédération des citoyens aînés du Nouveau-Brunswick Inc.
Santé, système, **44**:72,75

Manion, Jack (présentation personnelle)
Projet de loi C-11, **28**:31-3,36,38-40,43,46-9

Martin, Carmel, directeur, Australian Medical Association
Santé, système, **21**:13,15,17-8,20-1,24,27-9,32

Martin, Sheilah, professeure, Faculté de droit, University of Calgary
Santé, système, **18**:10-5,17,19-20,27-9,32-3

Matas, David, B'Nai Brith Canada
Projet de loi C-11, **27**:79-93

Maynard, Gordon H., trésorier, Section nationale du droit de l'immigration et de citoyenneté, Association du Barreau canadien
Projet de loi C-11, **27**:14-32,39

- McLean, Peter**, Professor and Director, Anxiety Disorders Unit, Department of Psychiatry, University of British Columbia Health care system, **34**:29-32,35-7,41
- McLennan, Barry**, Chairman, Coalition for Biomedical and Health Research Health care system, **11**:4-7,12-6,18-20
- McLeod, Diane**, Vice-President, Policy, Planning and Government Relations, Central Region, Victorian Order of Nurses for Canada Health care system, **14**:14-8,21,24-5,33
- Michaud, Langis**, President, Association des optométristes du Québec Health care system, **40**:5-17
- Migué, Jean-Luc** (Personal presentation) Health care system, **39**:62-5,69,72-4
- Millar, John S.**, Vice-President, Research and Analysis, Canadian Institute for Health Information Health care system, **11**:8-14,18,22,25-6,28-30
- Millette, Yves**, Senior Vice-President, Quebec Affairs, Canadian Life and Health Insurance Association Health care system, **40**:52-6,59-60,62-3,65
- Mills, Christina**, Director General, Centre for Chronic Disease Prevention and Control, Population and Public Health Branch, Health Department Health care system, **6**:6-9,17-9,21,23-4
- Milne, Hon. Lorna**, Senator Bill S-12, **24**:7-17
- Mintz, Jack**, President and Chief Executive Officer, C.D. Howe Institute Health care system, **62**:4-24
- Mintzes, Barbara**, Professor, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia Health care system, **33**:115-8,123-4,126
- Mitchinson, Geoffrey**, Vice-President, Public Affairs, GlaxoSmithKline Health care system, **38**:57-61,67-9,72-8
- Mohamed, Hamdi**, Representative, Getting Landed Project Bill C-11, **28**:88-9,93-4
- Moist, Paul**, President, Canadian Union of Public Employees in Manitoba Health care system, **30**:87-9,92-3,94-5
- Montague, Terrance**, Executive Director, Patient Health, Merck Frosst Canada Ltd. Health care system, **40**:78-81,84-5,88
- Morgenthau, Lillian**, President and Co-founder, Canadian Association of Retired Persons Health care system, **38**:79,88-93
- Morin, Gerald**, President, Métis National Council Health care system, **16**:29-33,44-5,48,53-5; **31**:76-85
- Morin, Ruth**, Chief Executive Officer, Nechi Institute Health care system, **32**:133-4,136-7
- Morrice, Denis**, President and Chief Executive Officer, Arthritis Society Health care system, **37**:131-4,142-4
- Morrissey, William** (Personal presentation) Health care system, **44**:52-6,60-1
- Maynard, Susan**, planificatrice principale, Services de santé, ministère de la Santé et des services sociaux, Île-du-Prince-Édouard Santé, système, **43**:74-7
- Mazankowski, très honorable Don**, président, Premier's Advisory Council on Health, Alberta Santé, système, **32**:6-22
- McBane, Michael**, coordonnateur national, Coalition canadienne de la santé Santé, système, **48**:7-8,18,20,24-5
- McDole, Gerry**, président-directeur général, AstraZeneca Santé, système, **37**:87-91,93-4,96-8,100-3
- McGowan, Thomas**, président et directeur médical, Canadian Radiation Oncology Services Santé, système, **37**:5-19
- McGrath, Karen** (présentation personnelle) Santé, système, **41**:70-80
- McGurran, John**, directeur de projets, Western Canada Waiting List Project Santé, système, **32**:91-4,101-2,104-5,107
- McKinnon, Bill A.**, représentant national, Syndicat canadien de la fonction publique, Division de l'Île-du-Prince-Édouard Santé, système, **43**:14-20
- McKinnon, Sherry**, directrice exécutive, Société d'arthrite de la Saskatchewan Santé, système, **31**:66-8,72-6
- McLean, Peter**, professeur et directeur, Anxiety Disorders Unit, Department of Psychiatry, University of British Columbia Santé, système, **34**:29-32,35-7,41
- McLennan, Barry**, président, Coalition pour la recherche biomédicale et en santé Santé, système, **11**:4-7,12-6,18-20
- McLeod, Diane**, vice-présidente, Planification des politiques et relations gouvernementales, région centrale, Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada Santé, système, **14**:14-8,21,24-5,33
- Michaud, Langis**, président, Association des optométristes du Québec Santé, système, **40**:5-17
- Migué, Jean-Luc** (présentation personnelle) Santé, système, **39**:62-5,69,72-4
- Millar, John S.**, vice-président, Recherche et analyse, Institut canadien d'information sur la santé Santé, système, **11**:8-14,18,22,25-6,28-30
- Millette, Yves**, vice-président senior, Affaires (Québec), Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes Santé, système, **40**:52-6,59-60,62-3,65
- Mills, Christina**, directrice générale, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Direction de la santé de la population et de la santé publique, ministère de la Santé Santé, système, **6**:6-9,17-9,21,23-4
- Milne, honorable Lorna**, sénatrice Projet de loi S-12, **24**:7-17
- Mintz, Jack**, président-directeur général, Institut C.D. Howe Santé, système, **62**:4-24

- Morton, Desmond**, Director, McGill Institute for the Study of Canada, McGill University
Bill S-14, **8**:15-26
- Mulvale, Ann**, President, Association of Municipalities of Ontario
Bill C-11, **28**:95-103
- Murphy, Brian**, Senior Research Analyst, Socio-Economic Modeling Group, Statistics Canada
Health care system, **2**:26
- Murphy, Michael**, Senior Vice-President, Policy, Canadian Chamber of Commerce
Bill C-11, **26**:84,88-9
Health care system, **39**:55,59-60
- Murray, T. Scott**, Director General, Institution and Social Statistics Branch, Statistics Canada
Health care system, **9**:33-40
- Mustard, Cameron**, Professor, Public Health Science Department, University of Toronto
Health care system, **38**:44-6,55-7
- Naqvi, Mahmood**, Medical Director, Cape Breton Regional Facility, Cape Breton Regional Health Care Complex
Health care system, **42**:87-8,92,96
- Nestman, Lawrence**, Professor, School of Health Services Administration, Faculty of Health Professions, Dalhousie University
Health care system, **42**:50-3,56-9,61,63-4; **55**:4-32
- Newark, Scott**, Vice-Chair, Special Counsel with Ontario's Office for Victims of Crime, Province of Ontario
Bill C-11, **35**:39-40,42-3,47-8,50
- Nicolas, Suzanne**, Director General, Centre de santé de Saint-Boniface
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:43-6,50,54-8,60-1
- Nielsen, Steen Friberg**, Chief Executive Officer, Top Management Academy, Government of Denmark
Health care system, **64**:7-9,11-5,18-20
- Nouvet, Marcel**, Assistant Deputy Minister, Information Analysis and Connectivity Branch, Health Department
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **51**:4-25
- Oakden, David**, President, Canadian Institute of Actuaries
Health care system, **2**:12-4
- O'Connor, Gary**, Executive Director, Association of Ontario Health Centres
Health care system, **37**:113-6,119,123,128-9
- Odegard, Larry**, Chief Executive Officer, Forum, Canadian Healthcare Association
Health care system, **60**:15-6,22-4,26,29,32-3,38
- Oetter, Heidi**, President, British Columbia Medical Association
Health care system, **34**:9-29
- O'Reilly, Mary Lou**, Executive Director, Canadian Coalition Against Insurance Fraud
Health care system, **42**:24-6,33-4,38-9,43
- Oscapella, Eugene Leon**, Advisor, Oscapella & Associates Consulting Ltd.
Bill S-21, subject-matter, **25**:13,15,17
- Mintzes, Barbara**, professeur, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia
Santé, système, **33**:115-8,123-4,126
- Mitchinson, Geoffrey**, vice-président, Relations publiques, GlaxoSmithKline
Santé, système, **37**:57-61,67-9,72-8
- Mohamed, Hamdi**, représentante, Getting Landed Project
Projet de loi C-11, **28**:88-9,93-4
- Moist, Paul**, président, Canadian Union of Public Employees in Manitoba
Santé, système, **30**:87-9,92-3,94-5
- Montague, Terrance**, directeur, Politique en matière de santé, Merck Frost Canada Ltée
Santé, système, **40**:78-81,84-5,88
- Morgenthau, Lillian**, présidente et co-fondatrice, Association canadienne des personnes retraitées
Santé, système, **38**:79,88-93
- Morin, Gerald**, président, Ralliement national des Métis
Santé, système, **16**:29-33,44-5,48,53-5; **31**:76-85
- Morin, Ruth**, présidente-directrice générale, Nechi Institute
Santé, système, **32**:133-4,136-7
- Morrice, Denis**, président et directeur général, Société d'Arthrite
Santé, système, **37**:131-4,142-4
- Morrissey, William** (présentation personnelle)
Santé, système, **44**:52-6,60-1
- Morton, Desmond**, directeur, Institut d'études canadiennes de McGill, McGill University
Projet de loi S-14, **8**:15-26
- Mulvale, Ann**, présidente, Association des municipalités de l'Ontario
Projet de loi C-11, **28**:95-103
- Murphy, Brian**, analyste principal de recherche, Groupe de la modélisation socio-économique, Statistique Canada
Santé, système, **2**:26
- Murphy, Michael**, vice-président principal, Politiques, Chambre de commerce du Canada
Projet de loi C-11, **26**:84,88-9
Santé, système, **39**:55,59-60
- Murray, T. Scott**, directeur général, Direction de la statistique sociale et des institutions, Statistique Canada
Santé, système, **9**:33-40
- Mustard, Cameron**, professeur, Département des sciences de la santé publique, University of Toronto
Santé, système, **38**:44-6,55-7
- Naqvi, Mahmood**, directeur médical, installation régionale du Cap-Breton, Cape Breton Regional Health Care Complex
Santé, système, **42**:87-8,92,96
- Nestman, Lawrence**, professeur, École d'administration des soins de santé, Faculté des professions de la santé, Dalhousie University
Santé, système, **41**:50-3,56-9,61,63-4; **55**:4-32
- Newark, Scott**, vice-président, conseiller juridique spécial, Bureau d'aide aux victimes d'actes criminels, Province de l'Ontario
Projet de loi C-11, **35**:39-40,42-3,47-8,50

- Ouellet, Barbara**, Director, Home Care and Pharmaceuticals, Health Care Directorate, Policy and Consultation Branch, Health Department
Health care system, **4**:18-22,38-9,41-4
- Ouimet, Christiane**, Executive Director, Immigration and Refugee Board
Bill C-11, **26**:61
- Pape, Bonnie**, Canadian Mental Health Association
Health care system, **19**:39-43,50-1,56-7
- Paradis, Régis**, President, Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
Health care system, **13**:49-53,65-6,69,71-3,78
- Pascal, William J.**, Director General, Office of Health and Information Highway, Information, Analysis and Connectivity Branch, Health Department
Health care system, **11**:4-8,12-3,18-24,27-8
- Paul Rose, Wanda**, Coordinator, Union of New Brunswick Indians
Health care system, **44**:78
- Paulse, Bertha H.**, Chief Executive Officer, Newfoundland Cancer Treatment and Research Foundation
Health care system, **41**:69-72,75,77-8
- Peach, Maud** (Personal presentation)
Health care system, **41**:40-5
- Petersen, John Erik**, Head of Department, National Board of Health, Government of Denmark
Health care system, **64**:5-6,10-1,13,15-20
- Piccinin, Catherine**, Clerk of the Committee
Organization meeting, **1**:9-11,15-6
- Picco, Hon. Edward**, Minister, Department of Health and Social Services, Nunavut
Health care system, **32**:22-36
- Pilgrim, Patricia**, President, St. John's Branch, Victorian Order of Nurses for Canada
Health care system, **41**:19-21,26
- Poirier, Sylvia**, Chair, Queen's Regional Health Authority
Health care system, **43**:39-42,46-8,50
- Porter, Sherry**, Atlantic Canada Representative, Canadian Association of Chain Drug Stores
Health care system, **44**:12-5,20-1,23-4
- Poston, Jeff**, Executive Director, Canadian Association of Pharmacists
Health care system, **4**:10-4,22,24-6,29-32,35,37,39-40,43-5
- Potter, Ian**, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch, Health Department
Health care system, **16**:5-9,12-8,20-3
- Rachlis, Michael M.** (Personal presentation)
Health care system, **37**:45-8,53-9,61-3
- Radomsky, John**, President, Canadian Association of Radiologists
Health care system, **5**:5-8,23,26,28-9,32-3,35-6,38-40
- Radwanski, George**, Privacy Commissioner of Canada, Office of the Privacy Commissioner of Canada
Bill S-12, **24**:22-9,31-3
Bill S-21, subject-matter, **25**:20-5
- Ramsay, Cynthia** (Personal presentation)
Health care system, **33**:100-2,103-10
- Nicolas, Suzanne**, directrice générale, Centre de santé de Saint-Boniface
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:43-6,50,54-8,60-1
- Nielsen, Steen Friberg**, président-directeur général, Top Management Academy, gouvernement du Danemark
Santé, système, **64**:7-9,11-5,18-20
- Nouvet, Marcel**, sous-ministre adjoint, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, ministère de la Santé
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **51**:4-25
- Oakden, David**, président, Institut canadien des actuaires
Santé, système, **2**:12-4
- O'Connor, Gary**, directeur général, Association des centres de santé de l'Ontario
Santé, système, **37**:113-6,119,123,128-9
- Odegard, Larry**, président-directeur général, Forum, Association canadienne des soins de santé
Santé, système, **60**:15-6,22-4,26,29,32-3,38
- Oetter, Heidi**, présidente, Association médicale de la Colombie-Britannique
Santé, système, **34**:9-29
- O'Reilly, Mary Lou**, directrice générale, Coalition canadienne contre la fraude à l'assurance
Santé, système, **42**:24-6,33-4,38-9,43
- Oscapella, Eugene Leon**, conseiller, Oscapella & Associates Consulting Ltd.
Projet de loi S-21, teneur, **25**:13,15,17
- Ouellet, Barbara**, directrice, Soins à domicile et produits pharmaceutiques, Direction générale des politiques et de la consultation, ministère de la Santé
Santé, système, **4**:18-22,38-9,41-4
- Ouimet, Christiane**, directrice exécutive, Commission de l'immigration et du statut de réfugié
Projet de loi C-11, **26**:61
- Pape, Bonnie**, Association canadienne pour la santé mentale
Santé, système, **19**:39-43,50-1,56-7
- Paradis, Régis**, président, Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
Santé, système, **13**:49-53,65-6,69,71-3,78
- Pascal, William J.**, directeur général, Bureau de la santé et l'inforoute, Direction générale de l'inforoute, de l'information, de l'analyse et de la connectivité, ministère de la Santé
Santé, système, **11**:4-8,12-3,18-24,27-8
- Paul Rose, Wanda**, coordonnatrice, Union des Indiens du Nouveau-Brunswick
Santé, système, **44**:78
- Paulse, Bertha H.**, présidente-directrice générale, Fondation de Terre-Neuve pour le traitement et la recherche sur le cancer
Santé, système, **41**:69-72,75,77-8
- Peach, Maud** (présentation personnelle)
Santé, système, **41**:40-5
- Petersen, John Erik**, chef, ministère de la Santé et de l'Intérieur, gouvernement du Danemark
Santé, système, **64**:5-6,10-1,13,15-20

- Rathwell, Thomas**, Professor and Director, School of Health Services Administration, Faculty of Health Professions, Dalhousie University
Health care system, **42**:88-90,97
- Raymaker, Pat**, Chairperson, National Advisory Council on Aging
Health care system, **32**:109-13,123-4
- Reading, Jeff**, Scientific Director, Institute of Aboriginal People's Health, Canadian Institutes of Health Research
Health care system, **16**:61-3,64-7,69-70
- Reimer, Neil**, Secretary and Treasurer, Alberta Council on Aging
Health care system, **32**:113-7,125-6
- Relman, Arnold**, Professor emeritus of Medicine and of Social Medicine, Harvard Medical School; Canadian Health Coalition
Health care system, **48**:8-17,21-3
- Reynolds, Joyce**, Senior Director, Government Affairs, Canadian Restaurant and Foodservices Association
Bill C-2, **10**:30-3,38,41,44-7
- Richards, Brian**, Health Insurance Commission, Australia
Health care system, **21**:9-13,18-9,22,24-6,29-34
- Richardson, Sharon**, President, Alberta Association of Registered Nurses
Health care system, **32**:64-6,70-4
- Riche, Nancy**, Secretary-Treasurer, Canadian Labour Congress
Bill C-2, **10**:33-49
- Richer, Yolande**, Vice-President, Communications, Association québécoise des droits des retraités
Health care system, **40**:93-8
- Rico-Martinez, Francisco**, President, Canadian Council for Refugees
Bill C-11, **28**:70-2,78-9
- Riley, David**, Chief Executive Officer, East Prince Regional Health Authority
Health care system, **43**:85-9
- Rioux, Jean-Guy**, Vice-President, Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:17-20,21,25-6,28-30,33-4,36
- Robinson, Walter**, Federal Director, Canadian Taxpayers Federation
Health care system, **37**:19-22,28-30,32-3,35,37-8; **59**:12-6,19,32-4,38,52-3,55-6,58-60,72,74
- Robson, William B.P.**, Vice-President and Director, Research, C.D. Howe Institute
Health care system, **3**:4-9,21-2,24-7,30-5
- Rochon, Mark**, Member, Advocacy Committee, Ontario Hospital Association
Health care system, **56**:41-4,51-2,54-8,60-3,66-7,71-2
- Rockwood, Kenneth**, Faculty of Medicine, Division of Geriatric Medicine, Dalhousie University
Health care system, **42**:122-5,131,134-5,142-5
- Rogers, Louise**, Health Advisory Committee, Alberta and Northwest Conference, United Church of Canada
Health care system, **32**:130-3
- Roos, Noralou**, Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation
Health care system, **30**:54-6,61-4,66-70
- Piccinin, Catherine**, greffière du Comité
Réunion d'organisation, **1**:9-11,15-6
- Picco, honorable Edward**, ministre, ministère de la Santé et des Services sociaux, Nunavut
Santé, système, **32**:22-36
- Pilgrim, Patricia**, présidente, Région de St. John's, Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada
Santé, système, **41**:19-21,26
- Poirier, Sylvia**, présidente, Queen's Regional Health Authority
Santé, système, **43**:39-42,46-8,50
- Porter, Sherry**, représentante pour les Maritimes, Association canadienne des chaînes de pharmacies
Santé, système, **44**:12-5,20-1,23-4
- Poston, Jeff**, directeur exécutif, Association des pharmaciens du Canada
Santé, système, **4**:10-4,22,24-6,29-32,35,37,39-40,43-5
- Potter, Ian**, sous-ministre adjoint, Direction générale des Premières nations et des Inuits, ministère de la Santé
Santé, système, **16**:5-9,12-8,20-3
- Rachlis, Michael M.** (présentation personnelle)
Santé, système, **37**:45-8,53-9,61-3
- Radomsky, John**, président, Association canadienne des radiologistes
Santé, système, **5**:5-8,23,26,28-9,32-3,35-6,38-40
- Radwanski, George**, commissaire, Commissariat à la protection de la vie privée du Canada
Projet de loi S-12, **24**:22-9,31-3
Projet de loi S-21, teneur, **25**:20-5
- Ramsay, Cynthia** (présentation personnelle)
Santé, système, **33**:100-2,103-10
- Rathwell, Thomas**, professeur et directeur, Faculté des professions de la santé, Dalhousie University
Santé, système, **42**:88-90,97
- Raymaker, Pat**, présidente, Conseil consultatif national sur le troisième âge
Santé, système, **32**:109-13,123-4
- Reading, Jeff**, directeur scientifique, Institut de la santé des Autochtones, Instituts de recherche en santé du Canada
Santé, système, **16**:61-3,64-7,69-70
- Reimer, Neil**, secrétaire-trésorier, Alberta Council on Aging
Santé, système, **32**:113-7,125-6
- Relman, Arnold**, Coalition canadienne de la santé
Santé, système, **48**:8-17,21-3
- Reynolds, Joyce**, directrice principale, Affaires gouvernementales, Association canadienne des restaurateurs
Projet de loi C-2, **10**:30-3,38,41,44-7
- Richards, Brian**, Health Insurance Commission, Australie
Santé, système, **21**:9-13,18-9,22,24-6,29-34
- Richardson, Sharon**, présidente, Alberta Association of Registered Nurses
Santé, système, **32**:64-6,70-4
- Riche, Nancy**, secrétaire-trésorière, Congrès du travail du Canada
Projet de loi C-2, **10**:33-49

- Ross, Ken**, Assistant Deputy Minister, Mental Health Services, Department of Health and Wellness, New Brunswick
Health care system, **19**:43-6,48-50,55-6
- Ruedy, John**, Vice-President, Academic Affairs, Capital District Health Authority
Health care system, **42**:82-4,91-5,99
- Ryder, Frank**, Bureau Commander, Investigation Support Bureau, Ontario Provincial Police
Bill C-11, **35**:41-2,50
- St. Denis, Tim**, President, Canadian Chiropractic Association
Health care system, **13**:83-7,96,99
- Saltmarche, Deb**, Director of Pharmacy, Canadian Association of Chain Drug Stores
Health care system, **60**:16-9,21,41
- Sanders, Jill**, President and Chief Executive Officer, Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment
Health care system, **5**:14-8,24-5,30-1,36-7
- Sanderson, Elizabeth**, Senior General Counsel, Public Law Policy Section, Justice Department
Bill S-21, subject-matter, **25**:26-32,34-5,37-8
- Schmidt, Christine**, Deputy to the Deputy Assistant Secretary for Health Policy, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, Department of Health and Human Services, United States
Health care system, **23**:4-32
- Schneider, Russel**, Chief Executive Officer, Australian Health Insurance Association
Health care system, **21**:5-7,10-2,19-20,27,31,33,35
- Schofield, Aurel**, Assistant Vice-Dean, Faculty of Medical Sciences, Coordinator, Francophone Health Training, New Brunswick, Université de Sherbrooke
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:78-81,85-9,91-3,95
- Scott, Graham** (Personal presentation)
Health care system, **53**:8-10,22-3,42-3,47-9,65-6,69-70,75,86-7
- Scott, Hugh**, Executive Director, McGill University Health Centre
Health care system, **63**:10,13-5,17,19-24
- Scully, Hugh**, President, Canadian Medical Forum Task Force I
Health care system, **13**:10-5,17-9,21-5,27-8,31-43
- Segal, Donna**, Chief Executive Officer, Ontario Family Health Network
Health care system, **57**:30-3
- Seligman, Robin**, Representative, Canadians for a Fair and Just Immigration Policy
Bill C-11, **28**:59-62,64-8
- Service, John**, Executive Director, Canadian Psychological Association
Health care system, **19**:46-8,51-4
- Sharma, Kristina**, Professional Association of Residents of British Columbia
Health care system, **33**:113-5,121-2,126-7
- Sheridan, Michael**, Assistant Chief Statistician, Statistics Canada
Bill S-12, **24**:20-2,26,29,32
- Shillington, Richard**, Principal, Tristat Resources
Health care system, **63**:53,55,57,59-60
- Richer, Yolande**, vice-présidente, Communications, Association québécoise des droits des retraités
Santé, système, **40**:93-8
- Rico-Martinez, Francisco**, président, Conseil canadien des réfugiés
Projet de loi C-11, **28**:70-2,78-9
- Riley, David**, directeur général, East Prince Regional Health Authority
Santé, système, **43**:85-9
- Rioux, Jean-Guy**, vice-président, Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:17-20,21,25-6,28-30,33-4,36
- Robinson, Walter**, directeur fédéral, Fédération des contribuables canadiens
Santé, système, **37**:19-22,28-30,32-3,35,37-8; **59**:12-6,19,32-4,38,52-3,55-6,58-60,72,74
- Robson, William B.P.**, vice-président et directeur, Recherche, Institut C.D. Howe
Santé, système, **3**:4-9,21-2,24-7,30-5
- Roehon, Mark**, membre, Comité de défense, Association des hôpitaux de l'Ontario
Santé, système, **56**:41-4,51-2,54-8,60-3,66-7,71-2
- Rockwood, Kenneth**, Faculté de médecine, Division de la médecine Gériatrique, Dalhousie University
Santé, système, **42**:122-5,131,134-5,142-5
- Rogers, Louise**, Health Advisory Committee, Alberta and Northwest Conference, United Church of Canada
Santé, système, **32**:130-3
- Roos, Noralou**, Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba
Santé, système, **30**:54-6,61-4,66-70
- Ross, Ken**, sous-ministre adjoint, Services de santé mentale, ministère de la Santé et du Bien-être, Nouveau-Brunswick
Santé, système, **19**:43-6,48-50,55-6
- Ruedy, John**, vice-président, Affaires académiques, Capital District Health Authority
Santé, système, **42**:82-4,91-5,99
- Ryder, Frank**, commandant de bureau, Division du soutien aux enquêtes, Police provinciale de l'Ontario
Projet de loi C-11, **35**:41-2,50
- St. Denis, Tim**, président, Association chiropratique canadienne
Santé, système, **13**:83-7,96,99
- Saltmarche, Deb**, directrice de la pharmacie, Association canadienne des chaînes de pharmacies
Santé, système, **60**:16-9,21,41
- Sanders, Jill**, présidente-directrice générale, Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé
Santé, système, **5**:14-8,24-5,30-1,36-7
- Sanderson, Elizabeth**, avocate générale principale, Section des politiques en matière de droit public, ministère de la Justice
Projet de loi S-21, teneur, **25**:26-32,34-5,37-8
- Schmidt, Christine**, adjointe du secrétaire adjoint délégué à la politique en matière de santé, Bureau du secrétaire adjoint, Planification et évaluation, Department of Health and Human Services, États-Unis
Santé, système, **23**:4-32

- Sholzberg-Gray, Sharon**, President and Chief Executive Officer, Canadian Healthcare Association
Health care system, **49**:5-12,20-6,29,31-6; **60**:4-9,21-2,24,26-44
- Showler, Peter**, Chairperson, Immigration and Refugee Board
Bill C-11, **26**:47-67
- Shtatleman, Barry** (Personal presentation)
Health care system, **30**:96-8
- Sigurdson, Lorraine**, Health Care Coordinator, Canadian Union of Public Employees in Manitoba
Health care system, **30**:90-1,94-5
- Simpson, Robert**, Chief Executive Officer, New Brunswick Health Care Association
Health care system, **44**:7-12,18-9,22-3
- Sinclair, Duncan**, Former Commissioner, Ontario Health Services Restructuring Commission
Health care system, **50**:7-27
- Skilton, Kevin**, Director, Policy Planning, Merck Frosst Canada Ltd.
Health care system, **40**:67-71,86-9
- Sky, Kenneth**, President, Ontario Medical Association
Health care system, **37**:105-9,117-8,121-2,124,126-8; **56**:8-9,16-9,22-5,29,32-5,37-9,41
- Slobodian, Louise**, Representative, Getting Landed Project
Bill C-11, **28**:87-8,93-4
- Smee, Clive**, Chief Economic Adviser, Economic and Operational Research Division, Health Department, United Kingdom
Health care system, **20**:26-7,30-2,35-6,38,40,42,44-53
- Smereka, Myroslaw**, Director General, Association québécoise des droits des retraités
Health care system, **40**:89-93,98-9
- Smith, Brenda**, National Board Member, Saskatchewan, Victorian Order of Nurses for Canada
Health care system, **31**:28
- Smith, Iain**, Coordinator, Furg Utilization, Queen Elizabeth Hospital
Health care system, **43**:24-6,33-7
- Smith, Sharon**, President, Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador
Health care system, **41**:21-3,25-6,28-9,34-7
- Smith-Windsor, Kent**, Executive Director, Saskatoon Chamber of Commerce
Health care system, **31**:55-6,58-66
- Snow, Cecil**, President, Nova Scotia Health Care Council, Canadian Auto Workers-Canada
Health care system, **42**:10-3,15-9
- Soderstrom, Lee** (Personal presentation)
Health care system, **39**:65-77
- Solomon, Nelson**, Director of Health, Union of New Brunswick Indians
Health care system, **44**:80,83,86
- Somerville, Margaret A.** (Personal presentation)
Health care system, **40**:75-7,81-2
- Somerville, Noël** (Personal presentation)
Health care system, **32**:139-40
- Schneider, Russel**, président-directeur général, Australian Health Insurance Association
Santé, système, **21**:5-7,10-2,19-20,27,31,33,35
- Schofield, Aurel**, vice-doyen adjoint, Faculté de médecine, coordonnateur de la formation médicale francophone au Nouveau-Brunswick, Université de Sherbrooke
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:78-81,85-9,91-3,95
- Scott, Graham** (présentation personnelle)
Santé, système, **53**:8-10,22-3,42-3,47-9,65-6,69-70,75,86-7
- Scott, Hugh**, directeur exécutif, Centre universitaire de santé McGill
Santé, système, **63**:10,13-5,17,19-24
- Scully, Hugh**, président, Forum médical canadien, Groupe de travail I
Santé, système, **13**:10-5,17-9,21-5,27-8,31-43
- Segal, Donna**, chef de la direction, Santé familiale de l'Ontario
Santé, système, **57**:30-3
- Seligman, Robin**, représentant, Canadians for a Fair and Just Immigration Policy
Projet de loi C-11, **28**:59-62,64-8
- Service, John**, directeur exécutif, Société canadienne de psychologie
Santé, système, **19**:46-8,51-4
- Sharma, Kristina**, Professional Association of Residents of British Columbia
Santé, système, **33**:113-5,121-2,126-7
- Sheridan, Michael**, statisticien en chef adjoint, Statistique Canada
Projet de loi S-12, **24**:20-2,26,29,32
- Shillington, Richard**, directeur, Tristat Resources
Santé, système, **63**:53,55,57,59-60
- Sholzberg-Gray, Sharon**, présidente-directrice générale, Association canadienne des soins de santé
Santé, système, **49**:5-12,20-6,29,31-6; **60**:4-9,21-2,24,26-44
- Showler, Peter**, président, Commission de l'immigration et du statut de réfugié
Projet de loi C-11, **26**:47-67
- Shtatleman, Barry** (présentation personnelle)
Santé, système, **30**:96-8
- Sigurdson, Lorraine**, coordonnatrice des soins de santé, Canadian Union of Public Employees in Manitoba
Santé, système, **30**:90-1,94-5
- Simpson, Robert**, président-directeur général, Association des soins de santé, Nouveau-Brunswick
Santé, système, **44**:7-12,18-9,22-3
- Sinclair, Duncan**, ancien commissaire, Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario
Santé, système, **50**:7-27
- Skilton, Kevin**, directeur, Politique et planification, Merck Frosst Canada Ltée
Santé, système, **40**:67-71,86-9
- Sky, Kenneth**, président, Association médicale de l'Ontario
Santé, système, **37**:105-9,117-8,121-2,124,126-8; **56**:8-9,16-9,22-5,29,32-5,37-9,41

- Sommers, Ryan**, Cobequid Community Health Board
Health care system, **42**:127-30,136-42
- Sparling, Jill**, President, Organisation of Professional Immigration Consultants
Bill C-11, **28**:7-14,16-7
- Spencer, Byron G.**, Professor, McMaster University
Health care system, **3**:14-8,22-3,29-30,34-6
- Stabile, Mark**, Professor, Department of Economics, University of Toronto
Health care system, **22**:25-6,35
- Steeves, Valerie**, Director, Technology Project, Centre for Law and Social Change, Carleton University
Bill S-21, subject-matter, **25**:32-8
- Stewart, Hon. Jane**, Minister of Human Resources Development
Bill C-2, **10**:8-21
- Stewart-Patterson, David**, Senior Vice-President, Policy, Canadian Council of Chief Executives
Health care system, **65**:40-58
- Storrie, Kathleen**, Vice-President, Community Health Services (Saskatoon) Association
Health care system, **31**:29-33,35-41,43-4
- Taft, Kevin** (Personal presentation)
Health care system, **32**:78-91
- Taillon, Gilles**, President, Conseil du patronat du Québec
Health care system, **39**:51-61
- Tamblyn, Robyn** (Personal presentation)
Health care system, **40**:71-4,82-4,86-8
- Tappin, Joy**, Board Member, Arthritis Society of Saskatchewan
Health care system, **31**:74
- Tarjan, Roxanne**, Director General, Nurses Association of New Brunswick
Health care system, **44**:78,82,84-5
- Thériault, Daniel**, Director General, Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick
Health care system, **44**:47-52
- Tholl, Bill**, Secretary General, Canadian Medical Association
Health care system, **42**:103-6,109,113-5,118-9
- Thompson, Robert C.**, Deputy Minister, Department of Health and Community Services, Newfoundland
Health care system, **41**:5-18
- Thomson, Darrell**, Director, Economics and Policy Analysis, British Columbia Medical Association
Health care system, **34**:18
- Thool, William**, Secretary General and Chief Executive Officer, Canadian Medical Association
Health care system, **17**:7-12,18,23,26,28-30
- Tingey, Dianne**, Member, Health Professions Council
Health care system, **33**:59-60
- Tingle, Audrey**, Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development
Health care system, **30**:26,33,36-7,39
- Slobodian, Louise**, représentante, Getting Landed Project
Projet de loi C-11, **28**:87-8,93-4
- Smee, Clive**, conseiller économique en chef, Division de la recherche opérationnelle et économique, ministère de la Santé, Royaume-Uni
Santé, système, **20**:26-7,30-2,35-6,38,40,42,44-53
- Smereka, Myrosław**, directeur général, Association québécoise des droits des retraités
Santé, système, **40**:89-93,98-9
- Smith, Brenda**, membre, Conseil d'administration national, Saskatchewan, Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada
Santé, système, **31**:28
- Smith, Iain**, coordonnateur, Utilisation des médicaments, Queen Elizabeth Hospital
Santé, système, **43**:24-6,33-7
- Smith, Sharon**, présidente, Association des infirmières et infirmiers diplômés de Terre-Neuve et du Labrador
Santé, système, **41**:21-3,25-6,28-9,34-7
- Smith-Windsor, Kent**, directeur général, Chambre de commerce de Saskatoon
Santé, système, **31**:55-6,58-66
- Snow, Cecil**, président, Nova Scotia Health Care Council, Travailleurs canadiens de l'automobile
Santé, système, **42**:10-3,15-9
- Soderstrom, Lee** (présentation personnelle)
Santé, système, **39**:65-77
- Solomon, Nelson**, directeur de la santé, Union des Indiens du Nouveau-Brunswick
Santé, système, **44**:80,83,86
- Somerville, Margaret A.** (présentation personnelle)
Santé, système, **40**:75-7,81-2
- Somerville, Noël** (présentation personnelle)
Santé, système, **32**:139-40
- Sommers, Ryan**, Conseil santé communautaire de Cobequid
Santé, système, **42**:127-30,136-42
- Sparling, Jill**, présidente, Organisation of Professional Immigration Consultants
Projet de loi C-11, **28**:7-14,16-7
- Spencer, Byron G.**, professeur, McMaster University
Santé, système, **3**:14-8,22-3,29-30,34-6
- Stabile, Mark**, professeur, Département d'économie, University of Toronto
Santé, système, **22**:25-6,35
- Steeves, Valerie**, directrice, Technology Project, Centre for Law and Social Change, Carleton University
Projet de loi S-21, teneur, **25**:32-8
- Stewart, honorable Jane**, ministre du Développement des ressources humaines
Projet de loi C-2, **10**:8-21
- Stewart-Patterson, David**, vice-président principal, Politiques, Conseil canadien des chefs d'entreprise
Santé, système, **65**:40-58

- Traversy, Greg**, Executive Vice-President, Canadian Life and Health Insurance Association
Health care system, **40**:50-2,56-61
- Trister, Benjamin J.**, Chair, Immigration Law and Policy Task Force, Canadian Chamber of Commerce; Chair, National Citizenship and Immigration Law Section, Canadian Bar Association
Bill C-11, **26**:84-90; **27**:6-7,17
- Tuhoy, Carolyn**, Professor, Department of Political Science, University of Toronto
Health care system, **22**:26-30,32,39-40,42-5
- Turik, Lori**, Vice-President, Public Affairs, Canadian Association of Chain Drug Stores
Health care system, **60**:9-12,44-5
- Upshall, Phil**, Chair, Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health
Health care system, **19**:37-9,50-2,54-8
- Vanini, Pat**, Director, Policy and Government Relations, Association of Municipalities of Ontario
Bill C-11, **28**:101
- Vertesi, Les**, Medical Director, Royal Columbian Hospital
Health care system, **53**:7-8,26-8,31,34-5,43-4,56-7,61-3,67-8,77-8, 90-1,94-5
- Vincent, Denis**, Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:46-8,50-1,54-60
- Vollmer, Rudolf**, Director-General, Head of Directorate Long-Term Nursing Care Insurance, Health Ministry, Germany
Health care system, **20**:11,14-7,20-1,23-5
- Wakegiig, Ron**, Healer, Wikwemikong Health Centre
Health care system, **16**:73-7
- Waldman, Lorne** (Personal presentation)
Bill C-11, **28**:35-6,50-4
- Ward, Thomas**, Chair, Federal Provincial Territorial Advisory Committee on Health Human Resources
Health care system, **13**:15-6,18-22,24-37,40,42-3
- Watts, Gordon**, Co-Chair, Canada Census Committee
Bill S-12, **24**:36-40,42
- Weatherhill, Sheila**, President and Chief Executive Officer, Capital Health Authority
Health care system, **32**:36,39-43,44-7,49-50,53,55
- Welden, John**, Health Care Coordinator, Health Care Council, Canadian Union of Public Employees, Saskatchewan
Health care system, **31**:47,49-55
- West, Linda**, Professor, Asper School of Business, University of Manitoba
Health care system, **30**:5-7,10-5,17-20,22-3
- West, Roy**, President, National Cancer Institute of Canada
Health care system, **41**:46-9,57-65,68
- Whyllie, Barbara**, Director, Cancer Control Policy
Health care system, **37**:134-6,143-5
- Storrie, Kathleen**, vice-présidente, Association des services des soins de santé communautaires, Saskatoon
Santé, système, **31**:29-33,35-41,43-4
- Taft, Kevin** (présentation personnelle)
Santé, système, **32**:78-91
- Taillon, Gilles**, président, Conseil du patronat du Québec
Santé, système, **39**:51-61
- Tamblyn, Robyn** (présentation personnelle)
Santé, système, **40**:71-4,82-4,86-8
- Tappin, Joy**, membre, Conseil d'administration, Société d'arthrite de la Saskatchewan
Santé, système, **31**:74
- Tarjan, Roxanne**, directrice générale, Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick
Santé, système, **44**:78,82,84-5
- Thériault, Daniel**, directeur général, Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick
Santé, système, **44**:47-52
- Tholl, Bill**, secrétaire général, Association médicale canadienne
Santé, système, **42**:103-6,109,113-5,118-9
- Thompson, Robert C.**, sous-ministre, ministère de la Santé et des services communautaires, Terre-Neuve
Santé, système, **41**:5-18
- Thomson, Darrell**, directeur, Analyse de l'économie et de la politique, Association médicale de la Colombie-Britannique
Santé, système, **34**:18
- Thool, William**, secrétaire général et président-directeur général, Association médicale canadienne
Santé, système, **17**:7-12,18,23,26,28-30
- Tingey, Dianne**, membre, Conseil des professions de la santé
Santé, système, **33**:59-60
- Tingle, Audrey**, Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development
Santé, système, **30**:26,33,36-7,39
- Traversy, Greg**, vice-président-directeur général, Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes
Santé, système, **40**:50-2,56-61
- Trister, Benjamin J.**, président, Groupe de travail sur la loi et la politique de l'immigration, Chambre de commerce du Canada; président, Section nationale du droit de l'immigration et de la citoyenneté, Association du Barreau canadien
Projet de loi C-11, **26**:84-90; **27**:6-7,17
- Tuhoy, Carolyn**, professeure, Département de sciences politiques, University of Toronto
Santé, système, **22**:26-30,32,39-40,42-5
- Turik, Lori**, vice-présidente, Affaires publiques, Association canadienne des chaînes de pharmacies
Santé, système, **60**:9-12,44-5
- Upshall, Phil**, président du conseil, Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale
Santé, système, **19**:37-9,50-2,54-8

- Wilbee, Jeff**, Executive Director, Alcohol and Drug Recovery Association of Ontario
Health care system, **37**:129-31,140-2
- Wilson, Donna**, Faculty of Nursing, University of Alberta
Health care system, **32**:58-61,68,74
- Wilson, Ian E.**, National Archivist, National Archives of Canada
Bill S-12, **24**:17-20,27-32
- Wilson, J. Galt**, Program Director, Family Practice, Residency Program, Prince George Site, University of British Columbia
Health care system, **33**:51-5,62-3,67-8,71-3,76-7
- Wilson, Ruth**, Chair, Ontario Family Health Network
Health care system, **57**:6-12,15-9,21-9
- Winter, Ariel**, Analyst, Department of Health and Human Services, United States
Health care system, **23**:21-2
- Wooton, John**, Special Advisor on Rural Health, Population and Public Health Branch, Health Department
Health care system, **17**:15-8,24-5,28
- Worton, Ronald**, Associate Director, Canadian Genetic Diseases Network
Health care system, **11**:24-8,30-3,35
- Wright, Bruce**, President, Medical Society of Nova Scotia, Canadian Medical Association
Health care system, **42**:107-8,110-4,117-8
- Wright, Charles**, Professor, Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation, Vancouver Hospital and Health Sciences Centre, University of British Columbia
Health care system, **33**:118-20,125,128
- Zambelli, Pia**, Association québécoise des avocats et avocates en droit de l'immigration
Bill C-11, **27**:11-4,33-8
- Zelder, Martin**, Director of Health Policy Research, Fraser Institute
Health care system, **5**:8-14,23-4,27,29,37
- Zitner, David**, Fellow on Health Policy, Atlantic Institute for Market Studies
Health care system, **42**:26-8,30-8,40,43
- Vanini, Pat**, directrice, Politiques et relations gouvernementales, Association des municipalités de l'Ontario
Projet de loi C-11, **28**:101
- Vertesi, Les**, directeur médical, Hôpital Royal Columbian
Santé, système, **53**:7-8,26-8,31,34-5,43-4,56-7,61-3,67-8,77-8,90-1,94-5
- Vincent, Denis**, Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire
Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français, **66**:46-8,50-1,54-60
- Vollmer, Rudolf**, directeur général, chef, Conseil d'administration, Assurance des soins infirmiers à long terme, ministère de la Santé, Allemagne
Santé, système, **20**:11,14-7,20-1,23-5
- Wakegiig, Ron**, guérisseur, Wikwemikong Health Centre
Santé, système, **16**:73-7
- Waldman, Lorne** (présentation personnelle)
Projet de loi C-11, **28**:35-6,50-4
- Ward, Thomas**, président, Comité consultatif fédéral/provincial/territorial des ressources humaines en santé
Santé, système, **13**:15-6,18-22,24-37,40,42-3
- Watts, Gordon**, vice-président, Comité du recensement du Canada
Projet de loi S-12, **24**:36-40,42
- Weatherhill, Sheila**, présidente-directrice générale, Capital Health Authority
Santé, système, **32**:36,39-43,44-7,49-50,53,55
- Welden, John**, coordonnateur de la santé, Conseil de la santé, Syndicat canadien de la fonction publique de la Saskatchewan
Santé, système, **31**:47,49-55
- West, Linda**, professeure, Asper School of Business, University of Manitoba
Santé, système, **30**:5-7,10-5,17-20,22-3
- West, Roy**, président, Institut national du cancer du Canada
Santé, système, **41**:46-9,57-65,68
- Whyllie, Barbara**, directrice, Politique de contrôle, Société canadienne du Cancer
Santé, système, **37**:134-6,143-5
- Wilbee, Jeff**, directeur général, Association ontarienne des services de rétablissement en toxicomanie
Santé, système, **37**:129-31,140-2
- Wilson, Donna**, Faculté des soins infirmiers, University of Alberta
Santé, système, **32**:58-61,68,74
- Wilson, Ian E.**, archiviste national, Archives nationales du Canada
Projet de loi S-12, **24**:17-20,27-32
- Wilson, J. Galt**, directeur, Médecine familiale, Programme de résidence, Site Prince George, University of British Columbia
Santé, système, **33**:51-5,62-3,67-8,71-3,76-7
- Wilson, Ruth**, présidente, Réseau Santé familiale de l'Ontario
Santé, système, **57**:6-12,15-9,21-9
- Winter, Ariel**, analyste, Department of Health and Human Services, États-Unis
Santé, système, **23**:21-2

Wooton, John, conseiller spécial en santé rurale, Direction générale de la population et de la santé publique, ministère de la Santé
Santé, système, **17**:15-8,24-5,28

Worton, Ronald, directeur adjoint, Réseau canadien sur les maladies génétiques
Santé, système, **11**:24-8,30-3,35

Wright, Bruce, président, Medical Society of Nova Scotia, Association médicale canadienne
Santé, système, **42**:107-8,110-4,117-8

Wright, Charles, professeur, Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation, Vancouver Hospital and Health Sciences Centre, University of British Columbia
Santé, système, **33**:118-20,125,128

Zambelli, Pia, Association québécoise des avocats et avocates en droit de l'immigration
Projet de loi C-11, **27**:11-4,33-8

Zelder, Martin, directeur, Recherche sur les politiques de santé, Institut Fraser
Santé, système, **5**:8-14,23-4,27,29,37

Zitner, David, professeur associé en matière de politique de santé, Atlantic Institute for Market Studies
Santé, système, **42**:26-8,30-8,40,43



If undelivered, return COVER ONLY to:
Communication Canada – Publishing
Ottawa, Ontario K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Communication Canada – Édition
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

